№ 10. WARSZAWA, PAŹDZIERNIK 1938 ROK X.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. A. ZATORSKA.

LECZNICZE STOSOWANIE HORMONU KORY NADNERCZY.

Od pierwszej chwili badań nad ciężkimi, zawiłymi zmianami w przemianie materii, spostrzeganymi w niedomodze k. n. pomyślano, że idealnym sposobem leczenia tych zaburzeń będzie podawanie *czynnych wyciągów z kory nadnerczy* lub czystego hormonu otrzymanego syntetycznie. Miała to być metoda leczenia *substytucyjnego*. Przypuszczano, że stosowanie brakującego hormonu będzie miało taki sam skutek jak stosowanie insuliny. Przez długi jednak czas nie umiano uzyskać czynnych wyciągów k. n. tak, że leczenie choroby Addisona było niemożliwe. Radykalny przełom dokonał się dopiero w r. 1929, kiedy to niezależnie od siebie amerykanie *Hartmann* (1927), *Rogoff* i *Stevart* (1928), a szczególnie *Swingle i Pfiffner* (1929) uzyskali *wodny wyciąg* z kory nadnerczy nazwany przez Hartmana *Cortiną*. Wiemy, że podstawowym doświadczeniem, na którym opiera się znajomość fizjologii gruczołów dokrewnych, jest obserwacja zmian w organiźmie po usunięciu lub uszkodzeniu badanego gruczołu. Jeśli zmiany te ustępują po ponownym wszczepieniu usuniętego gruczołu, lub po podawaniu wyciągów z tego gruczołu, to można wnioskować o roli gruczołu i produkowanego hormonu. Otóż wskaźnikiem zawartości czynnego hormonu kory nadnerczy w wyciągach uzyskanych z tego narządu była właśnie *zdolność* utrzymywania przy życiu zwierząt pozbawionych nadnerczy. Przygotowanie hormonu tego odbywało się z początku według metody Hartmana, obecnie używa się jedynie metody Swingle i Pfiffnera. Przygotowanie to jest niezmiernie subtelne, trudne i długie. Potrzeba 5 kg gruczołu, aby otrzymać 100 cm wyciągu. Staramy się wyeliminować adrenalinę,

aby móc wstrzykiwać wyciąg dożylnie. Preparat nie zawiera ani białka ani lipoidów. Przygotowanie wymaga tyle pracy, że preparaty te nie są zupełnie czyste. Jeden cm hormonu kory nadnerczy Hartmana zawiera 40 — 50 gr świeżego gruczołu; 1 cm wyciągu Swingle-Pfiffnera zawiera 30 gr. Skład chemiczny wyciągów nie jest dokładnie znany. Istnieją dwie metody biologicznego mianowania hormonów kory nadnerczy. Metoda Swingle-Pfiffnera i metoda Everse-de Fremery. Dla oznaczenia ilości hormonu k. n. służą jednostki psie. Jednostką psią hormonu k. n. jest to najmniejsza ilość hormonu, która podawana codziennie w stosunku na 1 kg. wagi ciała, utrzymuje psy pozbawione nadnerczy w stanie prawidłowym, nie dopuszczając do występowania charakterystycznych zmian w składzie chemicznym surowicy (Swingle-Pfiffner).

Preparaty hormonu kory nadnerczy, znajdujące się na rynku są: Eucortone-Allen and Hanburys (Ameryka). Cortin-Parke and Davis (Anglia), Eschiatin-Permutit (Ameryka), Cortigen-Richter (Węgry), Cortin-Organon (Holandia), Surrecortine Choay, Byla (Francja), Cortidyn-Promonta (Niemcy), Pancortex-Henning (Niemcy), Illiren-Bayer (Niemcy). 1 cm. odpowiada 50 gr świeżego gruczołu. Preparat należy przechowywać na lodzie. Stosuje się domięśniowo i przeważnie dożylnie. Wstrzyknięty zwierzętom, pozbawionym nadnerczy, wyciąg ten utrzymywał je przy życiu przez długi czas. Po całym szeregu bardzo skrupulatnych doświadczeń wyciąg Swingle-Pfiffnera został zastosowany w r. 1930 w klinice Mayo przez Rowntree i Green'a. Autorzy ci w *ciężkich stanach* choroby Addisona otrzymali świetne wyniki. Chorzy, którzy leżeli bez ruchu, skręcali się z bólu, mieli stałe i ciągłe wymioty, lub zdawali się być o krok od śmierci, wracali do życia. Inni autorzy amerykańscy również wypróbowali ten preparat, z podobnie dodatnimi wynikami. Według doniesień kliniki Mayo w *ostrych stanach* choroby Addisona należy podawać dożylnie kilka razy dziennie, łącznie 50 — 100 cm. Następnie, w miarę poprawy, należy przejść na 20 cm. dziennie, poczem do 5 cm. dziennie. aż do poprawy stanu chorego. W stanach mniej ciężkich autorzy ci dawali 10 cm. dziennie domięśniowo lub dożylnie, zmniejszając powoli dawki aż do polepszenia.

Po wprowadzeniu wyciągu z kory nadnerczy na rynek, leczenie chorych na cisawicę uległo radykalnej zmianie. O ile dawniej rokowanie było zawsze złe, o tyle teraz można było utrzymać chorych przy życiu i pozwolić im na prowadzenie normalnego trybu życia. Działanie preparatów tych w chorobie Addisona jest, według Amerykan następujące: już po krótkim leczeniu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego jak brak łaknienia, nudności, wymioty, rozwolnienia, znikają szybko, poprawia się apetyt, powiększa się waga ciała, chorzy nabierają sił, samopoczucie poprawia się znacznie. Ciśnienie krwi podnosi się wolno, ale stale i nie przejściowo. Brunatne zabarwienie skóry ustępuje naj-

trudniej i najpowolniej. Brunatne plamy błon śluzowych znikają nieco prędzej, ustępując miejsce zabarwieniu prawidłowemu. Wkrótce po tych doniesieniach zaczęto stosować hormon k. n. na całym świecie. Trzeba jednak odrazu przyznać, że wielką przeszkodę w stosowaniu hormonu tego stanowi jego wysoka cena.

W miarę jednak stosowania hormonu k. n. początkowy entuzjazm Amerykan począł opadać. Okazało się bowiem, że wyciągi z kory nadnerczy, które miały zrewolucjonizować leczenie choroby Addisona, zawiodły w dużej mierze. Początkowo zdawało się, że rozporządzamy środkiem precyzyjnym i pewnym o działaniu tak zbawiennym, jak insulina. Już Amerykanie w dalszych swoich doniesieniach stwierdzili, że leczenie hormonem k. n. nie ma tego samego znaczenia, co zastosowanie insuliny. Prawdą jest, że u chorych w śpiączce Addisonowej, chorzy zagrożeni śmiercią, po zostosowaniu hormonu k. n., powracali jakby na nowo do życia. W stanach jednak *przewlekłych* hormon ten nie zawsze działał i nie zawsze był jednakowo skuteczny. Okazało się więc, że hormon k. n., wywierający zbawienne działanie na zwierzęta pozbawione nadnerczy, u chorych na chorobę Addisona działa słabiej i nie potrafił doprowadzić do utrzymania chorego w stanie, w jakim utrzymuje go insulina. Wypływa to może z tego, że u zwierząt pozbawienie nadnerczy jest nagłe, wśród zupełnego zdrowia, podczas gdy u człowieka z chorobą Addisona niszczący wpływ niedomogi nadnerczy jest stały, ciągły i długotrwały. W ten sposób, w miarę obserwacji i badań klinicznych przekonano się, że głównym wskazaniem do zastosowania hormonu k. n. jest *okres nagłego zaostrzenia cierpienia.* W tym czasie działanie hormonu jest najsilniejsze.

Według całego szeregu autorów wstrzykiwanie hormonu nie jest wskazane w okresach uspakajania się choroby, natomiast powinno się *rozpocząć* leczenie hormonalne, gdy chorzy zaczynają się skarżyć na osłabienie, brak apetytu, spadek wagi. W tych przypadkach znacznie jest łatwiej uprzedzić wystąpienie groźnego stanu choroby, niż ją zwalczyć, gdy się już zaostrzyła. Niepowodzenie leczenia hormonem wytłumaczył częściowo Collip. Według tego autora stałe stosowanie hormonu sprzyja wytwarzaniu się w ustroju antihormonów, a więc powstaniu odporności w stosunku do hormonu k. n., którego działanie w razie potrzeby nie jest wtedy takie skuteczne. Zagadnienie występowania we krwi antyhormonów jest obecnie kwestią ogólnie dyskutowaną. Nabiera ona szczególnej wagi, gdyż nie jest wykluczone, że wytwarzanie przez ustrój ciał swoistych nie tylko wiąże i wobec tego neutralizuje działanie wstrzykniętego hormonu, ale może również wiązać i uniemożliwić działanie hormonu wydzielanego przez korę nadnerczy. Wstrzykiwanie hormonu k. n. w świetle tego rozważania mogłoby nawet być szkodliwe, jednakże niektórzy uczeni uważają, że wytwarzanie przeciwciał nie jest spowodowane przez sam hormon, ale przez zanieczyszczenie wyciągów specyficz-

nymi ciałami białkowymi bardzo ściśle związanymi z samym hormonem. Należy przypuszczać, że gdy odporność na działanie h. jest wywołana jego zanieczyszczeniem, ustąpi ona prawdopodobnie wtedy, gdy stosować się będzie hormony doskonale oczyszczone. *Drugim bezwzględnym wskazaniem* do stosowania hormonu k. n. są różne powikłania cierpienia zasadniczego. Lżejsze lub cięższe zakażenia, intoksykacje, konieczność zabiegów chirurgicznych. Chorzy na cisawicę znajdują się w stanie niestałej równowagi, którą zachwiać mogą już nieznaczne zmiany i powikłania, wywołując ostrą zapaść z powodu niedomogi nadnerczy.

Sposób dowkowania wyciągów korowych jest *trudny* do ustalenia, gdyż chorzy w różny sposób reagują na te same dawki. Ponadto wyciągi bardzo się różnią od siebie. W stanach *ostrej niedomogi nadnerczy* daje się odrazu duże dawki śródżylnie, wstrzykując kilkakrotnie w ciągu dnia 10 — 20 cm. aż do chwili przejścia zapaści, później powoli zmniejszając dawkę do 5 cm. dziennie, którą stosujemy mniej więcej w ciągu 10 dni. Przerywa się wstrzykiwanie, gdy stan ogólny staje się zadawalający. W razie grożącego zaostrzenia wystarcza często wstrzykiwać w ciągu kilku dni śródżylnie po 5 cm. wyciągu dziennie. W przypadkach powikłań *zakaźnych*, intoksykacji i zabiegów chirurgicznych stosować należy dawki duże, jak w przypadkach ostrej niedomogi nadnerczy i to aż do wyzdrowienia. Zasada stosowania hormonu k. n. tylko w przypadkach ostrych nie jest ogólnie przyjęta, szereg bowiem autorów stosuje go we *wszystkich postaciach choroby Addisona.*

Prace ostatnich lat wykazują, że niedomoga nadnerczy *nie jest wszystkim* w chorobie Addisona. Jest ona może główną przyczyną zaburzeń, ale zaburzenia, które występują w tej chorobie są tak liczne i zawiłe, że rola samej niedomogi nadnerczy odsuwa się na plan dalszy. Wydaje się, że początkowe zmiany, wywołane bezpośrednio niedomogą nadnerczy, zadziałały na inne gruczoły dokrewne, inne narządy i inne układy tak silnie, że podanie samego hormonu kory nie może już wpłynąć na wszystkie objawy. Klinika potwierdza tę tezę. U chorego na cisawicę, gdzie kora jest zniszczona oddawna, a zaburzenia utrwalone od miesięcy lub lat, hormon nie może przywrócić normalnego stanu, tak jak to czyni w okresie ostrym, gdzie zmiany są świeże i chwiejne, musimy więc pomóc jakby hormonowi, podając choremu jednocześnie ciała brakujące lub wstrzymać dowóz ciał w nadmiarze. Stosując np. h. k. n. razem z solą *kuchenną*, hormon zatrzymuje i uczynnia działanie soli. W ten sposób zaburzenia wywołane przez brak soli normują się. Nadnercza goją się, zaczynają na nowo działać i chory na długi czas może wrócić jeszcze do normalnego stanu. W praktyce więc podajemy jednocześnie z hormonem k. n. substancje takie, jak *sól, dwuwęglan sodu, cysteinę, witaminę C, glukozę* i dietę *ubogą w potas*. Ten to pogląd leczenia kombinowanego obecnie, ogólnie przyjęty, dał klinicystom szereg dobrych wyni-

ków. *Sól kuchenna* podaje się w opłatku doustnie razem z mlekiem i sodą w ilości 10 — 15 gr. dziennie w odpowiednio zmniejszonych dawkach jednorazowych. Jest to *High-Salt-Diet* Amerykan. Sól kuchenną można jeszcze podawać dożylnie jako hypertoniczny roztwór soli 10—20% w ilości 10 — 20 — 40 cm., albo podskórnie jako fizjologiczny roztwór soli w ilości 1 — 2 ltr., albo wreszcie w lawatywie.

Hormon nadnerczy był, jak wiemy, zastosowany przede wszystkim w chorobie Addisona. Podajemy poniżej opis szeregu przypadków dla zorientowania się w sposobach jego praktycznego zastosowania. Są to zazwyczaj indywidualne metody leczenia, wskazujące, że dawkowanie hormonu k. n. jest jeszcze kwestią doświadczeń klinicznych.

Choroba Addisona.

Merklen i *Gounelle* podają przypadek całkowitego wyleczenia klasycznej choroby Addisona. Chora otrzymywała w ciągu miesiąca 2 ampułki wyciągu nadnerczy, później przez 2 tygodnie 0,6 wyciągu nadnerczy łącznie z 2 amp. Pancrinolu (przetworem zawierającym arszenik, strychninę i fosfor). W ciągu 6 późniejszych tygodni stosowano 60 gr. cukru dziennie z 10 jed. insuliny. Następnie w ciągu 10 dni po 12 kropli adrenaliny, później znowu miesiąc 1 — 2 ampułki wyciągu nadnerczy codziennie, po czym na jakiś czas przerwano podawanie wyciągu. W ciągu 6 miesięcy pobytu chorej w szpitalu waga chorej podniosła się o 10 kg. Po opuszczeniu szpitala chora zażywała jeszcze w domu wyciągi nadnerczy, stan jej poprawiał się dalej, ciśnienie krwi wróciło do poziomu normalnego, brunatne zabarwienie skóry zmniejszyło się znacznie, choć nie znikło całkowicie. Autorzy zaznaczają, że przypadki częściowej poprawy choroby Addisona są opisywane dość często, natomiast całkowitego wyleczenia prawie że nie widziano. Zdaje się, że tylko małe i umiejscowione uszkodzenie nadnerczy można zwalczać hormonem k. n.

Rivoire i *Martin* opisują ciężki przypadek choroby Addisona, leczony hormonem k. n., solą i cysteiną. Leczenie polegało na podawaniu co drugi dzień 0,2 cysteiny, 20 cm. 10% roztworu soli i podskórnie hormonu. Chory po poprawie otrzymywał w dalszym ciągu codzień 5 — 6 gr. NaCl, dietę ubogą w potas i raz na tydzień 1 cm. hormonu. W ten sposób poprawa wystąpiła bardzo szybko, chory czuł się dobrze i mógł prowadzić normalny tryb życia.

Progres podaje wyniki ciężkiego przypadku choroby Addisona, leczonego hormonem k. n. Autor podawał 3 razy dziennie po 3 cm. domięśniowo przez dość długi czas. Stan chorego bardzo się poprawił, tak że przerwano leczenie. Po 14 dniach jednak nastąpił nawrót choroby. Zastosowano na nowo wyciąg k. n. i stan chorego znów się poprawił. Zabarwienie skóry podczas kuracji cofnęło się bardzo mało. Autor twierdzi że stosowanie hormonu musi być stałe.

De Gennes twierdzi na zasadzie swoich obserwacji, że wyniki osiągnięte hormonem k. n. są przemijające i średnio wydatne. Polegają one głównie na zmniejszeniu objawów toksycznych.

Zdaniem *Fiessinger i Labbé* leczenie choroby Addisona musi być długie i kombinowane.

Desider Schul twierdzi, że w chorobie Addisona leczenie musi być szybkie, gdyż każdy nowy okres zaostrzenia pogarsza stan chorego. Autor ten stosuje Cortigen Richter, podając podskórnie 2 — 3 razy dziennie po 2 — 3 cm. Jednocześnie podaje on cukier i węglowodany w dużych ilościach. Ilość Cortigenu zostaje zmniejszona w następnych dniach, stosownie do poprawy. Autor leczył swoich chorych bez przerwy w ciągu od 3 — 6 miesięcy. Stan ich znacznie się poprawiał. Niestety, po przerwie, nawet bardzo krótkiej, wszystkie objawy powracały. A ponowne podanie Cortigenu poprawiało stan chorych w daleko mniejszym stopniu, niż za pierwszym razem. Poza tym tylko podawanie wit. C. odbarwiało skórę. Chorzy reagowali atakiem addisonowym na najmniejszy zabieg (pobranie krwi, wstrzyknięcie dożylne, incyzja). W stanach ostrych Schul podawał do 50 cm. dziennie, twierdząc, że leczenie Cortigenem jest nadzwyczajnym krokiem naprzód w leczeniu choroby Addisona.

Juliusz Bauer podaje przypadek choroby Addisona u kobiety 30-toletniej, leczonej przez pierwsze 7 dni 1 cm. Cortigenu dożylnie, 3 tabl. Proscorbiny (wit. C) i 10 gr. Na Cl doustnie. Ponieważ stan chorej mało się poprawił, zastosowano przez 5 dni na zmianę domięśniowo Cysteinę w ilości 0,2 i Proscorbinę doustnie. Po tej kuracji stan chorej znacznie się poprawił, tak że pacjentka się wypisała. W dalszym ciągu chora dostawała ambulatoryjnie przez 26 dni naprzemian Cysteinę i Proscorbinę. Pacjentka czuła się dobrze, ciśnienie i waga wzrosły. Po tej kuracji leczenie zostało przerwane i pacjentka czuła się dobrze przez 1½ miesiąca. Po tym czasie wystąpiły nagle wymioty, brak łaknienia, adynamia. Pacjentka wraca do autora w bardzo ciężkim stanie: zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wymioty, wychudzenie i osłabienie są silnie zaznaczone. Ciśnienie krwi jest bardzo niskie. Zabarwienie skóry bardzo znaczne. Zastosowano znów Cortigen w ilości 2 cm. dziennie, poza tym 0,1 Cysteiny domięśniowo. Tym sposobem chora zaczęła powoli poprawiać się. O dalszych losach pacjentki autor nie wie.

Lisser, Taylor i Leet, opierając się na wynikach w 100 przypadkach choroby Addisona podają, że w stanach ostrych podawali do 100 cc. hormonu k. n. dziennie, zmniejszając stopniowo dawkę stosownie do stanu polepszenia chorego. W zwykłych zaś przypadkach konieczne jest dla utrzymywania zadawalniającego stanu ogólnego codzienne podawanie 2 — 5 cc. przez miesiące i lata.

Beutel podkreśla na zasadzie 4 zaobserwowanych przypadków choroby Addisona, że w jednym przypadku leczonym za pomocą hormonu

k. n. po 6-cio tygodniowej kuracji nastąpiła ogólna poprawa, a po 13 miesiącach pacjent robił wrażenie zupełnie zdrowego.

Wilder, Kendall, Snell, Kepler, Rayrsen i Adams podają wyniki leczenia choroby Addisona dietą ubogą w potas. Łącząc ją z małymi dawkami hormonu k. n., autorzy uzyskiwali długomiesięczne poprawy.

Stosowanie hormonu k. n. w innych schorzeniach.

Wyciąg z kory nadnerczy zastosowano jeszcze w całym szeregu innych schorzeń, opierając się na tym, że pewne objawy, występujące w tych chorobach, są podobne do spostrzeganych w chorobie Addisona. Często w tych przypadkach stwierdza się jawną niedomogę kory nadnerczy, czasami jednak zaburzenia w funkcjonowaniu kory nadnerczy nie mogą być stwierdzone klinicznie. Hormon kory nadnerczy zastosowano w następujących schorzeniach:

a) *Astenia pozornie pochodzenia nienadnerczowego, neurastenia, psychastenia, myastenia, astenia neuro-wegetatywna, ciężka rekonwalescencja.* We wszystkich tych przypadkach stwierdzono hypoglikemię.

Dr. *Gennes* stosował w astenii wyciągi z kory nadnerczy, podając od 1 — 5 ccm. dziennie. *Marañon* leczy astenię wyciągami kory, solą kuchenną i witaminą C. *Stoermer* również stosował wyciąg k. n. w astenii, osiągając znaczną poprawę. Dla osiągnięcia trwałego wyniku radzi on, zgodnie z *Laquerem* i innymi podawać łącznie z hormonem dostateczną ilość Sympatolu. Co się tyczy dawkowania i stosowania, to rozpocząć należy od małych dawek, wstrzykując je domięśniowo, zaś w przypadkach ciężkich zwiększyć dawkę, stosując ją dożylnie.

Szereg autorów francuskich, opierając się na tym, że w astenii stwierdzali niewydolność nadnerczy, stosowali hormon k. n., cysteinę i witaminę C, osiągając zupełnie dobre wyniki. Reasumując wyniki, wszyscy autorzy twierdzą, że przy stosowaniu hormonów k. n. w astenii, siła mięśniowa powiększa się, żywotność i rozwój intelektualny wzmagają się, pamięć się poprawia.

b) *Niewydolność wielogruczołowa, wychudzenie wewnątrzwydzielnicze, choroba Simondsa, wychudzenie pierwotne i wtórne, Anorexia.* W tych przypadkach dawki hormonu k. n. dochodzą czasami do 10 ccm. dziennie dożylnie. Podaje się też duże dawki witaminy C.

Falkiewicz i *Musioł* w zespołach wielogruczołowych, gdzie występują jawne niedomogi nadnerczy, podają obok wyciągów wielogruczołowych hormon k. n. wraz z solą kuchenną. *Heimer* opisuje przypadek niedomogi wielogruczołowej, gdzie objawy kliniczne robiły wrażenie choroby Basedowa, Simondsa i Addisona, chociaż pigmentacji nie było. Leczenie Prolanem i przeciwtarczycowe nie dało żadnego wyniku. Dopiero zastosowanie Cortigenu zupełnie zmieniło obraz chorobowy. Stan chorego tak się świetnie poprawił, że autorzy z ogólnie zresztą przyjętą opinią

zalecają stosowanie Cortigenu jako środka rozpoznawczego w niedomodze nadnerczy. *Kalk* podaje przypadek charłactwa przysadkowego, gdzie dopiero zastosowanie wyciągu z kory nadnerczy w ilości 2 ccm. dziennie podskórnie w ciągu 12 tygodni poprawiło znacznie stan chorej. Autor podaje, że bardzo długie podawanie hormonu może wywołać objawy przedawkowania jak przyspieszenie tętna itd.

c) *Hipotonia konstytucjonalna i wtórna, podciśnienie ortostatyczne na tle endocrino-nerwowym, skłonność wrodzona do omdleń.* W hipotonii wrodzonej, opisanej przez *Liana,* gdzie stwierdza się takie objawy jak: wyczerpliwość fizyczna i psychiczna, osłabienie, zawroty głowy, zachwianie równowagi układu wegetatywnego, uczucie marznięcia palców i ich blednięcie, wybitna nerwowość, omdlenia, częste uczucie głodu, podciśnienie tętnicze, bezsenność i hypoglikemię zastosowanie hormonu k. n. w ilości od 2 — 10 ccm. dziennie wraz z witaminą C dawało dobre wyniki.

d) Niektóre *zaburzenia w krążeniu krwi.* W tym wypadku stosują hormon k. n. i sól.

e) Ciężkie krwotoki.

f) Zatrucie kokainą i morfiną.

g) Delirium alkoholowe.

h) Wszelkie pigmentacje skóry; prawie wszyscy autorzy zwracają uwagę na dobre wyniki w leczeniu zabarwień skóry hormonem k. n. i witaminą C.

i) Ciężkie anemie.

j) Zespół Waterhousa.

k) Zespół grasiczy.

Keny dowiódł, że ten zespół jest zależny od niedomogi kory nadnerczy. *Kinsman* potwierdził te wywody i zastosował hormon k. n.

l) Ciężkie przypadki gruźlicy płuc. *Leitner* na zasadzie obserwacji chorych w Davos dochodzi do wniosku, że stosowanie wyciągu k. n. wywiera na gruźlicę wpływ dobroczynny, niezależnie od braku klinicznych objawów niedomogi nadnercza. Inni stosowali hormon w postaciach serowato-jamistych i w kacheksji, gdzie osłabienie, brak łaknienia, zaburzenia żołądkowo jelitowe i hypotonia ustępowały szybko.

m) *Nowotwory i kacheksja nowotworowa* (Reiss). Liczne doświadczenia (Rowland, Taylor, Humber, Rubenon, Coffey) dowiodły, że w nowotworach wyciągi kory nadnerczy hamują rozwój nowotworów.

n) *Wymioty ciężarnych.* Prace *Anselmino i Hoffmana* dowiodły, że wymioty ciężarnych są wynikiem *zaburzenia przemiany materii.* Sprawa dotyczy przemiany węglowodanowej i mineralnej. Obok wielu innych czynników, zresztą jeszcze zupełnie nieznanych, odgrywa tu rolę niedomoga kory nadnerczy. *Anselmino* stosuje w wymiotach ciężarnych 2 razy dziennie po 5 — 10 ccm. hormonu k. n. dożylnie przez 3 — 4 dni. Na-

stępnie codzień po 1 — 2 ccm. dożylnie lub domięśniowo. W przypadkach, gdzie żadne leczenie nie pomagało, Pancortex dawał czasami świetne wyniki. Poza tym podaje się również duże dawki witaminy C. *Stemmer* stosował w licznych przypadkach wymiotów ciężarnych wstrzykiwania domięśniowe hormonu k. n. od 1 do 2 ccm. dziennie. Leczenie było powtarzane codziennie do czasu zupełnego ustąpienia nudności i wymiotów. Jednocześnie podawano kroplówkę 1000 ccm. z 3% cukrem gronowym, 2,5% soli kuchennej, oraz Calcium chlor. i 150 g. prawdziwej kawy. Poza tym chore żadnych pokarmów nie otrzymywały. Terapia ta okazała się najskuteczniejszą. *Freeman* i *Malicki*, opierając się na doświadczeniach *Kempa*, że podczas ciąży występuje często niedomoga kory, wywołując wymioty, zastosowali hormon k. n. i uzyskali znaczną poprawę. Autorzy ci w 78 przypadkach otrzymali tak świetne wyniki, jakich nie mieli przy żadnym innym leczeniu wymiotów. Wyleczenie następowało po 3 — 5 dniach.

o) *Wymioty okresowe.* Dods udowodnił, że występują tu zaburzenia przemiany materii, których podłoże stanowi niedomoga kory nadnerczy.

p) *Wstrząs operacyjny i pooperacyjny ,wstrząsy w ogóle* (alergiczny, posalwarsanowy). Podczas wstrząsu alergicznego dochodzi do ostrej niedomogi nadnerczy, mogącej wywołać zapaść. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że dodanie do rozczynu arsenobenzolowego witaminy C zmniejsza wydatnie jego toksyczność. U ludzi jednoczesne stosowanie witaminy C i arsenobenzolu zapobiega objawom nietolerancji. W ciężkich wstrząsach podawano hormon k. n.

r) *Wiek starszy* — senilismus. Stwierdzono, że osoby po 50 roku życia wykazują często objawy hypowitaminozy C, wywierającej niepomyślny wpływ na stan ogólny i wzmagającej zapadalności na choroby zakaźne. Stąd wyłoniła się myśl stosowania witaminy C i hormonu k. n. szczególnie w przypadkach adynamii, podciśnienia itd. Pogląd ten ma jeszcze to uzasadnienie, że w korze nadnerczy znajduje się hormon identyczny z hormonem z jąder-androsteronem, stosowanym właśnie w wieku podeszłym w celu polepszenia stanu ogólnego i wzmożenia sił fizycznych. W przypadkach melancholii starczej stosowanie hormonu kory dawało bardzo dobre wyniki.

s) *Niedomoga czynności gruczołów płciowych.* W przewlekłej niedomodze nadnerczy występują następujące objawy: *u kobiet* chorych na chorobę Addisona *Maranon* stwierdził: 1-o opóźnione występowanie miesiączki — powyżej 16 lat, 2-o miesiączki skąpe, nieregularne, opóźnione, wcześnie zanikające, 3-o ciąża jest rzadka, ma przebieg ciężki, zabarwienie ciążowe skóry jest silne, poród jest ciężki i niebezpieczny, 4-o karmienie jest niemożliwe z powodu nierozwinięcia gruczołów mlecznych, które są normalnie pobudzane przez korę, 5-o są to kobiety o budowie

astenicznej. *U mężczyzn:* stwierdza się osłabienie czynności gruczołów płciowych i niemoc płciową, poza tym brak popędu płciowego i azoospermię, zmiany miażdżycowe w jądrach, wstręt do małżeństwa, oziębłość płciową, bezdzietność. Budowa tych mężczyzn jest przeważnie asteniczna i wątła. Cechy męskie są słabo zaznaczone. Opierając się na tych spostrzeżeniach zastosowano wyciągi z kory nadnerczy, *w zaburzeniach miesiączkowania, w braku wydzielania mleka, w zatruciu ciążowym, niemocy i oziębłości płciowej u mężczyzn.*

t) *Ciężkie oparzenia.* 1) Niedomoga kory wywołuje spadek odporności w ustroju na toksyny. 2) Przy rozpadzie tkanek występuje ostra niedomoga nadnerczy. 3) *Grolman* stwierdził w ciężkich oparzeniach zmiany w korze nadnerczy. To samo potwierdzili inni autorzy, którzy badali sekcyjnie chorych oparzonych. Opierając się na tych danych, zastosowano wyciągi k. n. w ciężkich oparzeniach, gdzie, jak wiadomo, występuje rozpad tkanek i zatrucie ustroju toksynami. Należy podawać bardzo duże dawki, o ile możliwie, dożylnie kilka razy dziennie, poza tym duże ilości witaminy C.

u) *Choroba Basedowa* — schorzenia przebiegające z ujemnym bilansem azotowym. Tarczyca wywiera wpływ na przemianę materii. To samo czyni kora nadnerczy. W chorobie Addisona stwierdza się ujemny bilans azotowy, który staje się dodatni po dodaniu hormonu k. n. Badania *Rendalla* i *Roelschego* rzucają pewne światło na związek między wyciągiem kory, tarczycą a przemianą azotową. Badali oni zachowanie się przemiany azotu na zwierzętach, pozbawionych nadnerczy przy podawaniu hormonu k. n. i thyreoidyny. Okazało się, że u zwierząt, które nie otrzymały wyciągu z kory lub dostawały zbyt małe dawki, stwierdzano ujemny bilans azotowy, takie same wyniki uzyskano, podając tylko wyciąg gruczołu tarczycy. Przez jednoczesne podawanie wyciągu k. n. i thyreoidyny otrzymano dodatni bilans azotowy. Badania *Zondeka* wykazały, że w chorobie Basedowa występuje adynamia. Główną przyczyną osłabienia mięśni są zaburzenia w przemianie węglowodanowej, która jest upośledzona w tym schorzeniu. Ilość glikogenu, potrzebna do wysiłku mięśni jest w tym schorzeniu zbyt mała. W powstawaniu adynamii bierze udział również kora nadnerczy. Doświadczenia *Perlesa* wykazały, że kora nadnerczy zobojętnia trujące ciała, wydzielane pod wpływem nadczynności tarczycy. Jednak nadmierne wydzielanie hormonu tarczycowego prowadzi do niedomogi nadnerczy, t. j. do upośledzenia jej czynności odtruwającej. Cały szereg doświadczeń wykazał, że między tarczycą a witaminą C istnieje antagonizm. Witamina C ma działanie przeciwtarczycowe. W gnilcu stwierdza się zwiększoną zawartość jodu we krwi. U morskich świnek, pozbawionych witaminy C, dochodzi do przerostu gruczołu tarczycowego, natomiast po wycięciu tarczycy zwiększa się u tych zwierzątek zawartość witaminy C. Wreszcie dowóz witaminy C zobojęt-

nia działanie toksyny. Wynikiem tych badań było zastosowanie witaminy C wraz z wyciągiem k. n. w chorobie Basedowa.

w) *Choroby zakaźne.* Ostatnio zaczęto stosować w chorobach zakaźnych wyciągi z kory nadnerczy, zawierające kwas askorbinowy. Anatomo-patologiczne i kliniczne dane wskazują na to, że w przebiegu ostrych schorzeń zakaźnych poważną rolę odgrywają toksyczne uszkodzenia układu śródbłonkowo-siateczkowego, mianowicie jego części mieszczącej się w korze nadnerczy, a więc w narządzie najbardziej obfitującym w ciała redukujące (kwas askorbinowy, cysteina, glutation). Ogólne zakażenia prowadzą do ciężkich wstecznych zmian i uszkodzeń w obrębie kory nadnerczy. Stąd należy przypuścić, że przyczyna śmierci na skutek wielu chorób infekcyjnych tkwi w uszkodzeniu tak dla życia ważnej kory nadnerczy. Badania na zwierzętach wykazały, że u morskich świnek zatrutych jadem błoniczym występują w nadnerczu krwotoki i zwyrodnienia. Natomiast morskie świnki, którym podawano kwas askorbinowy lub korę nadnerczy nie ginęły, mimo wstrzyknięcia dużych dawek toksyny błoniczej.

Zestawienie danych doświadczalnych dowodzi, że kora nadnerczy jest narządem o ogromnym znaczeniu dla zachowania i wzmagania *sił odpornościowych ustroju,* wobec czynnika zakaźnego. W przebiegu chorób zakaźnych stwierdza się znaczne obniżenie witaminy C, która w warunkach normalnych znajduje się w bardzo dużych ilościach w korze. Opierając się na tym, zastosowano witaminę C wraz z wyciągiem k. n. we wszystkich chorobach zakaźnych, jak grypa, dur, zapalenie mózgu i otrzewnej, posocznica, róża, a szczególnie *złośliwa błonica.* Dawki hormonu k. n. i witaminy C muszą być bardzo duże. *Messer* podaje w ilości 5 — 10 ccm. dziennie oraz 2 ccm. Cebionu w *błonicy złośliwej. Wendt, Zell* i *Bamberger* stosowali w błonicy złośliwej hormon k. n. i Redoxon. Za pomocą tego kombinowanego leczenia udało im się uratować dużo chorych na błonicę złośliwą. Stosują oni dożylnie do 20 ccm dziennie hormonu k. n. i Cebionu (w stosunku 1:1). Przy stosowaniu tej metody śmiertelność wynosiła 39% zamiast 100%. *Deskocil* podaje *w ciężkiej błonicy* od 2 — 10 ccm dziennie hormonu k. n. dożylnie, wstrzykiwania powinny być stosowane jak najwcześniej i powtarzane codziennie. *Schwarzer* podaje w błonicy złośliwej 2 razy dziennie 400 mlg. kwasu askrobinowego, 40 cortigodynamicznych jednostek hormonu k. n. i 20 ccm. soli. Wszystko dożylnie. Hegler podaje wyciąg z nadnerczy i witaminę C jeszcze przed wystąpieniem podciśnienia i objawów osłabienia mięśnia sercowego. To leczenie trwające od 8 do 14 dni dało autorowi bardzo dobre wyniki. Doniesienia bardzo wielu innych autorów są prawie te same.

z) *Schorzenia przewodu pokarmowego* — wrzodziejące zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, wrzód żołądka i dwunastnicy, zapalenie wrzodziejące okrężnicy, oraz wszystkie inne zaburzenia żołądkowo jelitowe

przebiegające z niedomogą nadnerczy. Zatrucie alimentarne u noworodków. Ściany przewodu pokarmowego zawierają normalnie duże ilości witaminy C. Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że witamina C jest niezbędna dla prawidłowych czynności śluzówek żołądka i jelit. *Smith i Mac Conney* stwierdzili typowe owrzodzenia w przewodzie pokarmowym przy braku witaminy C w pokarmach. Z drugiej strony na sekcji zwierząt po wycięciu nadnerczy stwierdza się typowe owrzodzenia w przewodzie pokarmowym (Banting). Stwierdzono u ludzi z wrzodem żołądka duży brak witaminy C. Te same spostrzeżenia zostały stwierdzone w colitis ulcerosa i haemorragica. Odnośnie do roli witaminy C i kory nadnerczy we wrzodach przewodu pokarmowego wysunięto szereg teorii. Według jednych mechanizm działania kory oparty jest na jej właściwościach redukcyjnych. Witamina C, odbierając tlen otaczającym tkankom, przyspiesza procesy przemiany materii w tkankach i działa przez to jak fizjologiczny bodziec ogólno ustrojowy (Thile). Według innych witamina C wywiera uczynniające działanie na korę nadnerczy, która z kolei pobudza ogólną przemianę materii. W ten sposób wzrasta miejscowa odporność śluzówek i ich zdolności regeneracyjna. *Demole* zwraca uwagę na dyskretne objawy niedomogi kory nadnerczy (podciśnienie, osłabienie, spadek wagi), występujące często w przebiegu przewlekłych chorób żołądkowo-jelitowo-okrężniczych. W tych przypadkach objawy nieżytu przykrywają często objawy niedomogi korowej. Rzecz ciekawa, że leczenie nieżytu nie daje poprawy, podczas gdy stosowanie wyciągu k. n. w ilości 2 ccm. dziennie przez pewien czas usuwa wszelkie dolegliwości. Autor zwraca uwagę na hypoglykemię, która *wzrasta* po podaniu wyciągu oraz na znaczenie *rozpoznawcze* niedomogi chorych nadnerczy przy pomocy podania tegoż wyciągu.

Dr. A. FELDMAN.

NAJNOWSZE METODY LECZENIA RZEŻĄCZKI ŚRODKAMI CHEMOTERAPEUTYCZNYMI.

(Dokończenie).

Stosowanie nowych preparatów organicznych pochodnych siarki w rzeżączce: Stosowanie 1162 F.

Pierwsi, którzy zastosowali środki sulfamidowe w rzeżączce byli: *Harold Reuter*, a szczególnie *Dess* i *Colston* w Ameryce. Za nimi poszli *Cokkins* w Anglii, *Durel* we Francji, *Grütz* w Niemczech. Następnie wypróbowali je *Hanschell King, Lyod, Jonson, Tank, Morton, Whitby* i *Roper*. Dess i Coiston stosowali w r. 1936 i 37 wyłącznie 1162 F zwany sto-

sownie do firmy, która go wyrabia Septoplix, Neo-Cardyl-Lysococcine Sulfanilamid. Oto metoda leczenia tych autorów: W pierwszych dwóch dniach dawali oni 4,8 gr. preparatu dziennie, przez trzy następne dni 3,8 a przez następne dni aż do wyleczenia — 2,4 gr. dziennie. Pierwsze próby okazały się nadzwyczajne. Odsetek wyleczeń wynosił 80%. Już po 1 — 3 dniach niekiedy po 4 — 5 dniach wydzielina z ropnej stawała się śluzową i prędko znikała. Mocz wyjaśniał się po 28 — 48 godzinach. Gonokoki zaś znikały bardzo prędko z kropli badanej mikroskopowo. Wyleczenie następowało po 3 — 7 dniach. Niestety, spostrzeżono jednak prędko, że przy tych dawkach występowały niezmiernie szybko objawy uboczne. Durel we Francji w r. 1937 ogłosił swoje wyniki po zastosowaniu Septoplixu w tabletkach po 0,5. Przyznaje on w pierwszych doniesieniach, że dawkowanie nie jest jeszcze ustalone i dlatego występują objawy uboczne. W późniejszych jego pracach zarzuca metodę wyłącznego stosowania 1162 F, podając tylko 2 gr. preparatu dziennie i łącząc go z przemywaniami nadmanganianem potasu w roztworze 1:10.000. Osiąga on w ten sposób wyleczenie w ciągu 20 dni w 80%. Szereg innych autorów też zaczął próbować ten preparat, stosując różne dawki i różne metody (Barbeillon, Jehiel, Fernet, Blum, Bralez, Lardad, Palazzolli i Bozet). Według pierwszych prac Barbeillon i Garibaldiego, lek ten wykazał co następuje:

1) *Rzeżączka ostra.* a) Stosowany wyłącznie 1162 F. w ilości 5 gr. dziennie daje 80% wyleczeń w ciągu 5 dni. Jest on jednak w tej dawce niebezpieczny. b) Stosowany wyłącznie w dawce 1,5 gr dziennie preparat ten daje tylko 20% wyleczeń w ciągu 20-30 dni. c) Zastosowany zaś w małych dawkach razem z przemywaniami daje on 30% wyleczeń a choroba trwa od 15—20 dni.

2) *Rzeżączka przewlekła.* W tej postaci działanie 1162 F. okazało się świetne. a) Stosowany wyłącznie w dawce 4 gr. dziennie daje on 80% wyleczeń w ciągu 8—10 dni szczególnie w przypadkach, które trwały już kilka miesięcy i nie reagowały na żadne leczenie. b) Podany w ilości 2 gr. dziennie i połączony z przemywaniami nadmanganianem potasu w roztworze 1:5000 albo 1:10.000 powoduje wyleczenie w ciągu 15—20 dni w 90%. Czasami dla przyspieszenia działania preparatu autor podaje jeszcze szczepionkę przeciwgonokokową.

3) *Rzeżączka podostra trwająca od 48—72 godzin.* Ciekawe wyniki otrzymał autor w rzeżączce podostrej. Stosował on wtedy leczenie poronne, które nadaje się w rzeżączce. a) W stwierdzonej bakterjologicznie, b) umiejscowionej w przedniej części cewki, c) trwającej od 48 godzin, d) niebolesnej. Metoda leczenia poronnego jest następująca: 1-go dnia a) wstrzyknięcie do cewki Witargilu (viteliniamu srebra) w roztworze od 2 do 20% stosownie do stanu śluzówki, b) podanie szczepionki przeciwgonokokowej domięśniowo w ilości 1,5 cm c) podanie 3 gr. 1162 F. Dru-

giego dnia: Vitargil i 3 gr. 1162 F. 3 dnia to samo leczenie co pierwszego. Ta metoda dała autorowi 75% wyleczeń w tej postaci rzeżączki.

W następujących jednak doniesieniach Barbeillon twierdzi, że z powodu *kumulacji* preparatu i objawów ubocznych nie należy dawać więcej *jak 3 gr.* dziennie preparatu i tylko *przez osiem dni najwyżej.* Poza tym spostrzegł on następujący fakt: jeżeli choroba nie jest wyleczona przez 1162 F. to po odstawieniu leku staje się ona dziwnie odporna na inne leczenie. Ma się wrażenie że ta chemoterapia zablokowała własną obronę ustroju. Autor ten jest przeciwny wyłącznemu stosowaniu 1162 F. w rzeżączce ostrej, gdyż grozi nam niepowodzenie i przejście choroby w przewlekłą. W rzeżączce ostrej *Barbeillon* radzi rozpocząć przemywanie nadmanganianem w ciągu 15 dni a później dopiero zastosować Septoplix. Na powikłania rzeżączki ten preparat nie działa. W konkluzji autor stosuje tylko 1162 F. w *rzeżączce przewlekłej* zalecając 2 gr. dziennie preparatu razem z przemywaniami oraz w *leczeniu poronnym.*

Palazzolli i *Bovet* rozpoczęli swoje doświadczenia od 3 gr. dziennie po 0,5 co trzy godziny. Po 3—4 dniach zmniejszali oni dawkę do 2 gr. Stosowany *wyłącznie* w dawce 3 gr. dziennie Septoplix na 10 chorych dał tylko 4 wyleczenia w ciągu 6—16 dni. Objawy uboczne (obrzęk twarzy, bóle głowy, sinica osłabienie, rozwolnienie) wystąpiły we wszystkich przypadkach. Wobec tych niepowodzeń zastosowano 1162 F. jednocześnie z *przemywaniami* protargolem 1:2000 lub nadmanganianem 1:5000. Wtedy to na 20 chorych 13 wyleczyło się wciągu 6—18 dni a ci co wyzdrowieli między 6—9 dniem byli to tacy, których leczono *bezskutecznie* od roku wszystkim znanymi metodami. A więc ci autorzy też spostrzegli, że w postaciach *przewlekłych* metoda ta okazała się najlepszą. Objawy uboczne wystąpiły i tutaj. Ustąpiły one po odstawieniu leku, który stosowano *bez przerwy* aż do wyleczenia.

Dubarry podaje w pierwszych czterech dniach 2 gr. dziennie 1162 F. zaleca jednocześnie przemywania, przez następne 2 dni podaje on 1,5 gr. a przez następne dwa dni po 1 gr. Leczenie trwa 8 dni, poczem stosuje on same tylko przemywania. Jeżeli po tej kuracji stwierdza się jeszcze gonokoki, to powtarza on jeszcze raz 8-o dniowe stosowanie preparatu. *Cokkinis* w szpitalu Św. Marii w Londynie stosował 1162 F. i otrzymał dobre wyniki tylko w rzeżączce *przewlekłej.* Wyniki innych autorów pokrywają się całkowicie z wyżej wyliczonymi.

Stosowanie Rodillonu — 1399 F.

Z chwilą wynalezienia tego nowego preparatu wypróbowano go natychmiast w rzeżączce. Stwierdzono od razu, że objawy uboczne, występujące przy tym preparacie są nikłe.

Najczęstszym objawem ubocznym była *sinica* warg bez sulfhemoglobinemii. W dalszym ciągu swoich prac autorzy podają, że kiedy mocz jest już dostatecznie przezroczysty i nie ma przez dłuższy czas gonokoków, zostawiamy chorego bez leczenia przez 4 dni. Jeżeli po tym czasie mocz jest jasny(jest to często dowód, że chory jest wyleczony) to robimy próbę prowokacyjną przez następne 4 dni, każąc choremu pić piwo i mieć stosunek w prezerwatywie. Jeżeli zaś stwierdzamy jeszcze kilka nitek w moczu, to robimy zastrzyk z azotanu srebra 1:200, który albo wysuszy kanał, albo obudzi proces chorobowy. Autorzy stosowali też leczenie poronne w rzeżączce ostrej, datującej od 3 dni. Dawali oni wtedy 2 gr. dziennie 1399 F. i wstrzykiwali do kanału roztwór Argyrolu 2:100. Chory wyzdrowiał po 5—7 dniach. W konkluzji autorzy twierdzą: 1-o że dawka nie wpływa na wyleczenie,, 2-o że czas trwania rzeżączki jest znacznie skrócony o ¼ — ⅛ czasu dawnego leczenia, 3-o że w rzeżączce przewlekłej wyniki są wprost świetne. Tam gdzie choroba trwała od szeregu miesięcy, wyleczenie następowało po kilku dniach, ściślej między 5—7—9 dniem leczenia a mocz wyjaśniał się już po 24—48 godzinach, gonokoki znikały już po 4—5 dniach. W rzeżączce ostrej zdarzało się że następował nawrót po 8 dniach leczenia, dlatego też w tych przypadkach po zniknięciu gonokoków należy kontynuować leczenie przez 10 do 12 dni. *Heitz, Boyer* i cały szereg innych autorów stosowali 1399 F. z takimi samymi wynikami. *Levaditi* pisze: Zmniejszenie dawki tych chemicznych środków sprawia, że tracą one charakter prawdziwego, skutecznego i swoistego środka, stając się lekami pomocniczymi — głównym zaś lekiem pozostaje zaś w dalszym ciągu nadmanganian potasu. Wenerolodzy jednak twierdzą, że lepiej jest mieć dobry środek pomocniczy, aniżeli zły, dający wyleczenie za cenę poważnych objawów ubocznych.

Jakie są więc ostatecznie konkluzje autorów amerykańskich, angielskich i francuskich? Wszyscy oni są zdania, 1) że preparaty sulfamidowe i sulfonowe są najlepszymi z dotychczas stosowanych środków w *rzeżączce przewlekłej* mężczyzn i kobiet, które to zakażenie jest jak wiadomo trudne do wyleczenia znanymi dotychczas metodami a które zostaje wyleczone sulfamidami, w ciągu *5—7—9 dni*. Jest to najwyższe osiągnięcie, jakie można żądać od preparatu w schorzeniu tak ciężkim i uciążliwym, jakim jest rzeżączka przewlekła. Odnośnie *rzeżączki ostrej* nie znamy jeszcze dokładnej metody leczenia jej preparatami pochodnymi siarki. Wydaje się że organizm musi się najpierw przyzwyczaić do gonokoków zanim sulfamid zadziała. Dlatego też metoda 2—3 tygodniowych *przemywań* poprzedzających stosowanie sulfimadu jest nader celowa. Wyleczenie wtedy może nastąpić w ciągu 20—25 dni. W leczeniu *poronnym* metoda Barbeillona wydaje się najlepszą.

Odnośnie *dawek* i objawów ubocznych preparaty te są niebezpiecznymi lekami, stosowanymi do tej pory na ślepo u ludzi. Dawki duże

są niebezpieczne, dawki mniejsze są lepiej znoszone. Stosować należy do 2—3 gr. dziennie i to najwyżej do 8 dni. Mimo to występują objawy uboczne. Z dwuch preparatów mniej niebezpieczny wydaje się 1399 F.

3) Wobec powyższego wszyscy autorzy bez wyjątku twierdzą, że niebezpiecznym jest rozgłaszanie wśród ludności, że istnieją leki, które szybko leczą rzeżączkę. Są oni zdania, że sprzedawanie tych preparatów chorym bez przepisu lekarza powinno być zabronione. Chory bowiem musi być pod *codzienną obserwacją lekarza,* aby ten ostatni w chwili stwierdzenia najmniejszego objawu ubocznego mógł albo zmniejszyć dawkę albo *odstawić* lek. Oprócz tego lekarz musi podać choremu jeszcze *specjalne przepisy* co do zachowania się, co do diety i musi też co dwa dni *badać mocz i krew* chorego w celu wykrycia uszkodzeń ze strony aparatu krwiotwórczego, wątroby, nerek lub jąder.

Objawy uboczne. Widzieliśmy wyżej, że w miarę stosowania preparatów siarkowych, stwierdzano, że niekiedy należy je stosować w ściśle określonych przypadkach i umiarkowanych dawkach, ale że, zalecając te preparaty, jesteśmy świadkami całego szeregu *objawów ubocznych,* czasem nawet niebezpiecznych dla chorego. Do objawów ubocznych należą: osłabienie, uczucie zmęczenia, łamanie w kościach, bóle głowy, zawroty głowy, szum w uszach, uczucie dławienia, brak łaknienia, nudności, wymioty, zaburzenia żołądkowe, bóle brzucha, stany podżółtaczkowe, żółtaczka, niedomoga lub powiększenie wątroby ,białkomocz, skąpomocz, wałeczki w moczu, fosfaturia, kwasica a przede wszystkim *sinica.*

Pierścień benzenowy zawarty w sulfamidzie uszkadza układ krwiotwórczy, wywołując hemoglobinemię, sulfhemoglobinemię, które wywołują sinicę (Long, Bliss, Janeway i Cohn) poza tym niedokrwistość zwykłą i hemolityczną. Met. i sulf. hemoglobina, występujące klinicznie pod postacią sinicy, są spowodowane przez sulfamid w następujący sposób: jady powstające w jelicie w jego stanach zapalnych, po operacjach brzusznych lub po użyciu środków przeczyszczających, zawierających siarkę, mogą dzięki katalicznemu działaniu ciał anilinowych wytworzyć met. i sulf. hemoglobinę. Wobec tego nie należy podawać sulfamidu *razem* z siarczanem magnezu. *Archer* i *Discombe* podają, że w celu uniknięcia sinicy należy przed rozpoczęciem leczenia opróżnić żołądek lawatywą, a podczas leczenia podawać tylko parafinę. Unikać należy też fenacetyny. Oprócz wyżej wymienionych objawów ubocznych występują często: *rumienie* 9-go dnia, wyprysk, pokrzywka, osutki różnego typu, nawet plamicowego, *swędzenie,* uczulenie na światło. (Orr) Stwierdzono, że wysypka występują prędzej, jeżeli pewne części ciała są naświetlane słońcem. *(Newman, Sherlit, Verllie, Archinard, Goodman, Levy, Franck)* Mamy tutaj do czynienia z nadwrażliwością skóry na promienie słoneczne, powstałą na skutek zadziałania leku na procesy chemiczne skóry. Preparaty siarkowe mają więc własności uczulające. Poza tym bardzo często

występują: zapalenie nerwu piszczelowego, strzałkowego, wzrokowego, następnie zapalenie wielonerwowe i niedowłady. Spotykają się też stany śpiączkowe. Oprócz zmian we krwi wyżej wymienionych, jak met. i sulfhemoglobinemja (sinica), niedokrwistość, widzimy też czasami *agranulocytozę* (Borst, Young, Model). Czasami występuje podwyższenie temperatury, i dreszcze (Hageman i Blake). między 7-lo dniem po rozpoczęciu leczenia. Gorączka może też wystąpić po zmniejszeniu dawek lub nawet po odstawieniu leku. Szereg autorów opisuje objawy posurowicze (rumień, wysypki, podwyższona ciepłota, bóle) po powtórnym podaniu leku w odstępie 10-o dniowym. Ostatnio Jaubert i Motz opisali długo utrzymującą się *azosopermię*. Wobec powyższych objawów ubocznych chory musi *bezwzględnie* być pod codzienną opieką lekarza, który będzie kontrolował nietylko objawy podmiotowe, wskazane mu przez chorego, ale też i przedmiotowe wraz z badaniem *moczu i krwi*. W razie wystąpienia objawów groźnych dla chorego ze strony wątroby, nerek, krwi i jąder należy natychmiast odstawić lek. Poza tym jednym z najważniejszych wskazań jest *leżenie w łóżku*, spostrzeżono bowiem, że wysiłki fizyczne przyśpieszają i sprzyjają wystąpieniu objawów ubocznych. Objawy toksyczne występują też prędzej, jeżeli jednocześnie podajemy siarczan magnezu lub sodu, lub opatruje się rany siarką. (Buzy, Paton, Celebrook. Kenny) Dieta nie powinna zawierać ani jaj, ani pokarmów zawierających siarkę ani dużo białka.

Leczenie zatrucia sulfamidami jest czysto objawowe. Przeciw nudnościom i wymiotom podaje się sodę na 10 minut przed podaniem sulfamidu. Możemy też podać wodę alkaliczną, gdyż w nadmiarze zasad preparaty te rozpuszczają się. W kwasicy podajemy również natrium bicarbonicum. Przeciwko swędzeniu i wysypkom stosujemy zimne okłady, preparaty mentolowe, puder talkowy oraz ogólnie znane środki skórne. W razie poważniejszych powikłań podajemy 2% glukozę dożylnie, witaminę C doustnie i podskórnie, rozczyn podsiarczynu sodu dożylnie, lawatywy, parafinę. Przeciwwskazaniem do stosowania związków sulfamidowych są ostre choroby zakaźne z podniesioną ciepłotą, choroby nerek i krwi.

Podczas gdy w Ameryce, Anglii i Francji próbowano i stosowano 1162 F. i 1399 F, w Niemczech po całym szeregu badań chemicznych w celu wynalezienia leku przeciwrzeżączkowego odkryto ciała takie jak DB 87, DB 90 i DB 32. Z tych najlepszym w rzeżączce okazała się ***DB 90 czyli Uliron***. Uliron jest to paraaminobensulfonilaminofenyldimetylsulfamid. Wyrabiany jest w tabletkach po 0,5. Stosowanie Ulironu według większości autorów niemieckich (Grütz, Velke, Ferner, Schreuss. Behring, Schubert, Löhe, Schmidt i Scherber) polega na okresowym leczeniu t. zw. *uderzeniami*. Podaje się trzy razy dziennie po jedzeniu w mleku lub pokarmie papkowatym 2 tabletki Ulironu *tylko* w ciągu 3—4—5

dni i w razie nieuzyskania dobrych wyników należy *dopiero* po 8—10 dniowej przerwie powtórzyć jeszcze raz takie same uderzenie. Przerwa jest *konieczna*, gdyż Uliron się *kumuluje* i zostaje wydalony z moczem dopiero po 7 dniach po podaniu ostatniej dawki. Jeśli nie zastosujemy przerwy, *narażamy* chorych na cały szereg objawów ubocznych a między innymi na porażenia i niedowłady. Jedno uderzenie rzadko jest wystarczające. Musimy prawie zawsze zastosować drugie, zniknięcie bowiem dwoinek po kilkudniowym leczeniu jest często zwodnicze, gdyż mogą się one znów pojawić po kilku lub kilkunastu dniach. Gdy po dwuch takich leczniczych uderzeniach nie otrzymuje się wyleczenia, należy zaniechać tej metody. Niektórzy jednak próbują jeszcze trzeciego ostatniego uderzenia. Średnio ogólna dawka na jedno uderzenie wynosi 12 gr. najwyżej 15 gr. Ulironu. Powtarzamy, że dawki *nadmierne* i zbyt małe przerwy są *niebezpieczne*. Wyleczenie należy sprawdzić za pomocą starannie wykonanych metod prowokacji. Prowokacji nie należy przeprowadzać za wcześnie. Zwykle stosuje się ją w 12 dniu po ukończeniu drugiego uderzenia i po stwierdzeniu zniknięcia gonokoków. Podczas leczenia chory nie powinien pracować, chodzić, palić, pić alkoholu, Należy go prawie zawsze pozostawić w łóżku. Stosując powyższą metodę, autorzy niemieccy otrzymali świetne wyniki przede wszystkim w *uporczywych przypadkach przewlekłej rzeżączki u kobiet*, następnie w zapaleniu sromu i pochwy u dzieci, w *rzeżączce przewlekłej* u mężczyzn oraz w rzeżączce powikłanej zapaleniem najądrzy, gruczołu krokowego, stawów i t. d. Wszystkie te przypadki reagowały w 90% na Uliron, podczas gdy w rzeżączce ostrej u mężczyzn wyniki były o wiele gorsze.

Rzeżączka ostra.

Szereg autorów podaje, że leczenie rzeżączki ostrej u mężczyzn wyłącznie Ulironem ,t. zn. wyżej wspomnianymi uderzeniami okresowymi z przerwami nie daje oczekiwanych wyników i że *dołączenie stałego*, ciągłego, *miejscowego* leczenia przepłukiwaniami 1:10000, 1:5000 nadmanganianem potasu lub 1:1000 albarginy (preparat srebrowy) jest *konieczne*. Natomiast Schmidt i Schreuss zalecają w przypadkach rzeżączki ostrej dodatkową przygotowawczą terapię *szczepionkową* przed drugim uderzeniem Ulironu. Tę terapię szczepionkową stosuje się w przerwach. *Schreuss* bowiem wykazał, że, jeżeli w rzeżączce ostrej po trzech dniach leczenia gonokoki nie znikają, należy albo zaprzestać leczenia, albo wzmóc siły obronne ustroju przy pomocy *szczepionki* przeciwgonokokowej. *Schmidt* ze swej strony w przypadkach niepowodzeń dąży do zwiększenia fagocytozy za pomocą stosowania bodźców nieswoistych. Sądzi on jednak, że metoda Schreussa jest lepsza. Niepowodzenie w stosowaniu Ulironem autorzy tłomaczą odpornością szczepów i odpornością anatomiczną

Według Schreussa w *rzeżączce ostrej* postępuje się w następujący sposób: Robi się pierwsze uderzenie Ulironem przez 3—4 dni, po czym przed przystąpieniem do drugiego uderzenia Ulironem przeprowadza się przygotowawcze leczenie szczepionką gonokokową w następujący sposób: pierwszego dnia — 500 mil-gonokoków domięśniowo, 2-o dnia 50 mil. gonokoków dożylnie, 3-go dnia 1000 mil-gon-domięśniowo, 4-go dnia 100 mil-gon-dożylnie, 5-go dnia 2000 gon-domięśniowo, 6-go dnia 200 mil gonokoków dożylnie następnie, t. zn. mniej więcej w 8-io dni po ukończeniu pierwszego uderzenia Ulironem rozpoczyna się drugie uderzenie. W przypadkach uporczywych stosuje się drugie przygotowanie szczepionką i po 10 dniach trzecie uderzenie. Według opinii autorów niemieckich zarówno metodą kombinowaną z przepłókiwaniami jak i metodą ze szczepionkami otrzymujemy w rzeżączce ostrej niezłe wyniki. Jeżeli w rzeżączce przewlekłej nie osiąga się wyników zwykłymi uderzeniami przedzielonymi przerwami to należy zastosować metodę Schreussa.

Kierując się wyżej omówionymi przepisami, spostrzega się także, objawy uboczne, ale w mniejszym stopniu, w razie jednak wystąpienia poważnie szych objawów ubocznych leczenie należy natychmiast przerwać. Autorzy niemieccy zwracają szczgólną uwagę na zapalenie nerwowe. Wszystkie przepisy o których mówiliśmy w rozdziale: Objawy oboczne, muszą być jeszcze *bezwzględniej* przestrzegane przy stosowaniu Ulironu.

Rzecz ciekawa, mimo podania przez pierwszych autorów niemieckich bezwzględnych przepisów odnośnie stosowania Ulironu (3—4 dniowe uderzenia i 8—10 dniowe przerwy) szereg autorów stosuje swoje własne metody. I tak *Fuss* i *Volarsek* (1938) stosowali w Grazu Uliron w następujący sposób: zalecają oni 5 trzydniowych uderzeń z trzy—5—7 dniowymi przerwami między każdym uderzeniem. Dają oni 2,5 gr. dziennie Ulironu dochodząc do 105 gr. i twierdzą, że otrzymali bardzo dobre wyniki w rzeżączce ostrej. Objawy uboczne były u nich bez znaczenia. *Löhe*, *Scherke* i *Luru* stosują Uliron w ciągu 7 dni, 3 razy dziennie po 2 tabletki, łącznie po 21 gramów. Po kilkunastodniowej przerwie powtarzają oni to samo leczenie. Autorzy ci otrzymali 90% wyleczeń, w rzeżączce ostrej, przewlekłej i w powikłaniach. Z objawów ubocznych wystąpiły, wymioty i nudności. *Orgańska* stosuje Uliron u kobiet w rzeżączce podostrej cewki moczowej i szyjki macicznej oraz w rzeżączce przewlekłej.

Opierając się na badaniach wielu autorów niemieckich (Felke, Schreuss, Domagk), które wykazały, że Uliron działa dopiero wtedy, kiedy ustrój nabył już pewnej odporności przeciw gonokokom, t. zn. wtedy kiedy własne siły obronne ustroju wchodzą już w grę, niektórzy autorzy zaczęli stosować w rzeżączce ostrej przede wszystkim 15 dniowe płukania Janeta lub szczepionkę. Po tym czasie dopiero zalecano Uliron. Ta metoda okazała się najlepszą. W klinice Oppenheima w Wiedniu We-

ber na wielkiej ilości chorych wypróbował najpierw Uliron wyłącznie, następnie wraz z przemywaniami i doszedł do wniosku, że preparat ten nie może być stosowany na samym początku wystąpienia rzeżączki ostrej.

Opisaliśmy więc w skróceniu metody stosowania najnowszych środków chemoterapeutycznych w leczeniu rzeżączki.

Są to właściwie *metody próbne,* gdyż zagadnienie najodpowiedniejszego sposobu leczenia różnych postaci i okresów rzeżączki tymi środkami nie jest jeszcze w obecnym stanie naszych wiadomości ostatecznie rozstrzygnięte. Nie wiadomo jeszcze wcale, jaki z tych leków jest najlepszy, jakie dawki są najodpowiedniejsze i w jakich okresach choroby należy je stosować.

Wiadomym jest tylko to: 1-0 preparaty sulfamidowe dają lepsze wyniki w rzeżączce przewlekłej, szczególnie kobiet, niż w ostrej, tak jak gdyby ustrój musiał być impregnowany jadami gonokokowymi, aby lek mógł zadziałać. 2-o w rzeżączce ostrej i czasami przewlekłej, leczeniem z wyboru jest kombinowanie sulfamidu z przepłukiwaniami rozczynem nadmanganianu potasu 1:10.000 i 1:5.000. Dobre wyniki otrzymuje się też przez stosowanie szczepionki. 3-o w celu uniknięcia objawów ubocznych dawki muszą być średnie. 4-o te pochodne siarki są środkami niebezpiecznymi i muszą być stosowane pod codzienną kontrolą lekarza, 5-o Ze swoistego leku niszczącego drobnoustroje rzeżączki, od której oczekiwano bardzo wiele, sulfamidy robią obecnie raczej wrażenie leków pomocniczych, Duże bowiem dawki są niebezpieczne, małe zaś niewystarczające do wyłącznego stosowania.

W każdym razie do dnia dzisiejszego *żaden* lek zastosowany w zakażeniach gonokokowych nie dał tak prędkich i dobrych wyników w rzeżączce przewlekłej. Należy przypuszczać, że z chwilą odkrycia przez Domagka w r. 1935 sulfamidu nadającego się do leczenia zakażeń paciorkowcowych, powstała nowa era, także dla lecznictwa innych schorzeń zakaźnych, a między innymi i rzeżączki. Odkrycie Domagka stanowi potężny przełom w dziedzinie chemoterapii, było ono nadzwyczajnym bodźcem do codziennych w tej chwili na wielką skalę, badań, coraz to nowostworzonych ciał chemicznych z grupy organicznych związków siarkowych. Próby i doświadczenia nad tą olbrzymią ilością ciał chemicznych doprowadzą może wkrótce do odkrycia idealnych preparatów siarkowych. działających swoiście i prędko we wszystkich zakażeniach, a między innymi we wszystkich postaciach rzeżączki, i to w dawkach nie wywołujących objawów ubocznych.

H. BANSI i A. FREYTAG. *Hormony gonodotropowe i ich zastosowanie w lecznictwie.* (Medizinische Klinik Nr. 36 1938).

Hormony gonodotropowe uzyskujemy z 4 źródeł: z przysadki, z moczu ciężarnych (Zondek), z moczu kobiet kastrowanych lub będących w okresie po przekwitaniu (Zondek), wreszcie z surowicy ciężarnych klaczy (Cole i Hart).

Autorzy omawiają działanie poszczególnych hormonów i wzajemne oddziaływanie na siebie przysadki mózgowej i jajników i dochodzą do następujących wskazań terapeutycznych:

1. przy wyniszczeniu pochodzenia przysadkowego nie uzyskuje się dobrych rezultatów ani wyciągami przysadki, ani prolanem, ani hormonami jajnikowymi. Najlepszym leczeniem jest implantacja przysadki.

2. Kryptorchismus poddaje się w wielu przypadkach dobrze działaniu prolanu wydobytego z moczu ciężarnych, również zachęcające są rezultaty osiągnięte podawaniem syntetycznego hormonu męskich gruczołów płciowych.

3. Pierwotny brak miesiączki (za taki uważają autorzy brak miesiączki u kobiety powyżej lat 18, która jeszcze nie menstruowała) nie ustępuje pod wpływem wyciągów przysadki ani pod wpływem prolanu, stosunkowo najlepiej reaguje na hormony jajnikowe.

4. wtórny brak miesiączki jest polem do leczenia preparatami jajnikowymi.

5. wreszcie krwawienia ginekologiczne przy przeroście i zwyrodnieniu śluzówki macicy najlepiej leczyć dużymi dawkami prolanu lub hormonem ciałka żółtego przyczem leczenie hormonem ciałka żółtego jest raczej pewniejsze.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

J. E. MOORE, A. WOODS i L. SLOAN. *Leczenie pierwotnego kiłowego zaniku nerwów wzrokowych.* (The Jour. of the Amer. Medic. Assoc. Nr. 5, 1938 r.).

Zapatrywanie na leczenie pierwotnego zaniku nerwów wzrokowych na tle kiłowym jest często bardzo sprzeczne. Nie ma zresztą uzgodnionego stanowiska co do patologicznych zmian, będących podłożem kiłowego zaniku nerwów wzrokowych. Wszyscy jednak zgodnie przyjmują, że nieleczony pierwotny kiłowy zanik nerwu wzrokowego przechodzi na nerw drugi i prowadzi do stałej i całkowitej ślepoty.

Właściwe leczenie swoiste zatrzymuje niekiedy rozwój procesu chorobowego i do pewnego stopnia także powoduje cofnięcie się procesu.

Najlepsze wyniki daje leczenie zimnicą, które zatrzymuje rozwój zaniku nerwu wzrokowego na czas dłuższy, a niekiedy na stałe.

Jeżeli leczenie rozpoczyna się wcześnie, kiedy drugie oko jest niedotknięte, wówczas udaje się zapobiec przejściu procesu chorobowego na zdrowe oko.

W przypadkach, w których leczenie zimnicą nie pomaga, należy zastosować leczenie podoponowe metodą Swift-Ellisa, która daje bardzo dobre wyniki, ale przedstawia duże niebezpieczeństwo, gdyż może spowodować nagły, całkowity zanik wzroku (10%).

Obok zimnicy i ewentualnie podoponowego leczenia należy prowadzić także klasyczne leczenie swoiste arsenem, bismutem i rtęcią.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

TH. DUMITRESCO. *Leczenie pyelonefritów na tle zakażenia pałeczką okrężnicy za pomocą kamforatu urotropiny.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 25, 1938 r.).

Jak wiadomo urotropina działa jedynie w środowisku kwaśnym Dlatego też, podając ją, należy zawsze mieć na uwadze odczyn moczu i w razie potrzeby podać jakiś środek zakwaszający. W poszukiwaniu takiego środka zakwaszającego, który by jednocześnie miał również właściwości dezynfekcyjne, autor zastosował kamforat urotropiny w zastrzykach dożylnych, osiągając w krótkim czasie cofnięcie się objawów chorobowych.

Dr. Gelbard.

———:o:———

COSSA, BOUGEANT, PUECH et SASSI *Leczenie strychniną powikłań nerwowych alkoholizmu.* (Bulletin de la Société de medicine et de chirurgie de Nice, Nr. 8, 1938 r.)..

Zdaniem wymienionych autorów strychninę należy stosować nie tylko w delirium tremens, ale we wszystkich komplikacjach nerwowych alkoholizmu. Dawka zastosowana w tych przypadkach powinna być o wiele wyższa od zwykle stosowanych dawek, a czas leczenia powinien obejmować okres od 5 do 6 tygodni.

W delirium tremens stosują oni od 1-go dnia od 5 — 10 mgr. na dawkę w odstępach 3 — 5 godzinnych tak długo aż psychoza ustępuje. Jednak, w razie wystąpienia sztywności szczęki, która jest pierwszym objawem nietolerancji strychniny — radzą odstępy między wstrzykiwaniami — przedłużać. W swojej praktyce — z zachowaniem wyżej wymienionych środków ostrożności — autorzy nigdy nie miewali żadnych objawów nietolerancji.

Po 2 — 3 dniach zmniejszają dawkę do tej, jaką stosują w majaczeniach alkoholowych zwykłych. W majaczeniu alkoholowym zwykłym stosują oni 2 cgr. strychniny dziennie. Jeżeli chorzy słabo reagują na tę dawkę to zwiększają oni dawkę do 3 cgr. dziennie. Po 2-ch tygodniach dawkę zmniejszają do tych, o których mówimy niżej. W przewlekłych zaburzeniach nerwowych alkoholizmu, którym towarzyszą lub nie zaburzenia umysłowe, dawki stosowane powinny być mniejsze. W zapaleniach wielonerwowych alkoholizmu rozpoczynamy od 5-ciu mlgr. dziennie, obserwując zachowanie się chorego. W razie dobrej tolerancji już 2-go lub 3-go dnia podnoszą oni dawkę do 15 — 20 mgr. dziennie. Rzeczą ważną jest stosowanie przez dłuższy czas 20 — 30 dni tej dawki. Następnie należy ją zmniejszać bardzo powoli, codziennie o 1 mgr. mniej. W ten sposób kuracja musi trwać około 6 tygodni.

Wyniki leczenia w sposób wyżej podany były bardzo dobre.

Po pierwsze — strychnina ujawnia swoje działanie na centralny układ nerwowy w sensie uspakajającym tak dalece, że wstrzymuje nawet najgwałtowniejszy napad delirium tremens. Chory w ciągu kilku godzin usypia. W następnych zaś dniach zaburzenia psychiczne zaczynają ustępować — majaczenie słabnie, a zmienność nastroju ustępuje.

Po drugie — ustają kurcze, bóle i drgawki mięśniowe.

Po trzecie — jak długo trwa leczenie strychniną — chory nie odczuwa petrzeby alkoholu i stan abstynencji przedłuża się po wyzdrowieniu.

Po czwarte — pod względem biologicznym autorzy spostrzegli:

a) zwiększenie odporności ustroju,

b) zwiększenie diurezy,

c) polepszenie funkcji wątroby.

Autorzy kładą nacisk na konieczność b. długiego leczenia. W przeciwnym razie wszystkie objawy wracają.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

Dr. J. SCHLOESSER i H. SCHWARZ. *Kliniczne badania nad skutecznością środków pobudzających w niedomodze krążenia.* (Deutsche Archiv für Klinische Medizin, Tom 182, zeszyt 2, str. 176 — 182, 1938 r.).

Aczkolwiek literatura farmakologiczna nie tłumaczy z całą pewnością mechanizmu nasercowego działania Cardiazolu i Coraminy, to

jednak jest prawdopodobne, że mają one pośrednie działanie nasercowe przez lepsze ukrwienie serca. Autorzy badali skuteczność Coraminy i Cardiazolu w niewyrównanych schorzeniach krążenia — za kryterium służyła wysokość żylnego ciśnienia po domięśniowym wstrzyknięciu wymienionych preparatów. Z badań wynika, że wstrzyknięcie Cardiazolu i Coraminy wykazuje niewątpliwe działanie w niedomodze serca z podwyższeniem ciśnienia żylnego. Skuteczność tych środków stwierdzona została we wszystkich stopniach zastoju żylnego. Punkt zaczepienia działania Coraminy i Cardiazolu na krążenie nie został z całą pewnością wyjaśniony przez autorów.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

P. KALLOS. *Przypadek ciężkiej pokrzywki i jego leczenie.* (Deut. Mediz. Wochenschrift Nr. 5, 1936 r.).

Autor opisuje ciężki przypadek pokrzywki u 21-letniego mężczyzny, który został wyleczony dzięki domięśniowemu podawaniu Calcibronatu „Sandoz". W przytoczonym przypadku prócz zwykłych napadów pokrzywki występowały po każdorazowym goleniu liczne wysypki wilgotne, swędzące, które pokrywały się żółtymi strupami. Wszelkie farmakologiczne i dietetyczne leczenie nic nie pomagało. U chorego stwierdzono poza tym podwyższenie ciśnienia krwi (165/100 w pozycji leżącej po odpoczynku).

Chory otrzymywał w ciągu 10-ciu dni codziennie domięśniowo 10 cm^3 Calcibronatu po czym nastąpiła wyraźna poprawa. Po 15-tu zastrzykach chory ogolił się i pokrzywka nie wystąpiła. Po 20-tu zastrzykach chory dostawał nadal ten sam preparat doustnie, pokrzywka całkowicie ustąpiła nawet przy codziennym goleniu. Jednocześnie nastąpiło obniżenie ciśnienia krwi do 125/80.

Od dwóch miesięcy u chorego nie pojawiła się ani razu pokrzywka z czego wynika, że można mówić tu o wyleczeniu, zwłaszcza jeżeli się uwzględni, że poprzednio codziennie występował nowy wyrzut.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

D. LAURENT. *Leczenie kokluszu za pomocą Ongekea Klaineana.* (Presse Méd. Nr. 60, 1938 r.).

Autor, stosując oliwę uzyskaną z rośliny Ongekea Klaineana w przypadkach kokluszu u dzieci murzyńskich uzyskiwał bardzo dobre wyniki. Już po pierwszej łyżeczce lekarstwa kaszel się zmniejszał, po kilku — ustępował całkowicie. Autor uważa ten lek za pierwszorzędny środek dezynfekujący układ oddechowy, zwłaszcza jako specyfik przeciwkrztuścowy.

Dr. Gelbard.

———:o:———

H. SIEPMAN. *Wpływ coraminy na stężenie alkoholu we krwi i na stan podchmielenia.* (Medizinische Klinik Nr 36, 1938 r.).

Dożylny zastrzyk coraminy usuwa stan podchmielenia w słabych i silnych zatruciach alkoholu. Opierając się na tej klinicznej obserwacji autor przeprowadził szereg badań doświadczalnych na królikach, celem dokładniejszego zbadania działania coraminy. Doszedł on do następujących wniosków: 1) stężenie alkoholu we krwi nie ulega pod wpływem coraminy wyraźniejszej zmianie, niewielkie jego obniżenie tłumaczy się dostatecznie szybszym i głębszym oddechem wywołanym przez coraminę. 2) wpływ coraminy na stan podchmielenia jest wyraźny. Efekt zależy od tego czy coramina zostanie wstrzyknięta jednocześnie z alkoholem, na szczycie działania alkoholu, czy też w okresie ustępowania zatrucia. W pierwszym przypadku stan narkotyczny występował szybciej i przebiegał prędzej, w drugim osiągano obudzenie, ale tylko na krótki przeciąg czasu w trzecim wreszcie obudzenie i ożywienie się zatrutego zwierzęcia było trwałe. Punkty zadziałania coraminy i alkoholu muszą być wspólne. Pobudzające działanie coraminy osłabia lub znosi paraliżujące działanie alkoholu, jeśli jednak efekt paraliżujący był zbyt silny, coramina nie może go zrównoważyć.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

Dr. WERNER LUNGWITZ, ordynator. (Z Lecznicy Chorób Nerwowych dr. Wienera, Bernau). *O wskazaniach i stosowaniu witaminy B^1.* (Fortschritte der Therapie 1938, zeszyt 3, str. 144).

Dwa ciężkie przypadki zapalenia wielonerwowego na tle alkoholizmu i anemii nie na tle zaburzeń żołądkowych, jak również jeden przypadek półpaśćca oraz jeden przypadek zaburzenia czucia w kończynach i zapalenia nerwów lędźwiowo-krzyżowych, wyleczono intensywnym stosowaniem Betabionu. Wybiórcze działanie znieczulające, jakie Betabion posiada prócz swego specyficznego działania jako witamina, wystąpiło bardzo wyraźnie w przypadku półpaśćca. W razie zaburzeń żołąd-

kowych należy Betabion stosować drogą pozajelitową. Nie powinno się również postępować zbyt oszczędnie z dawkowaniem Betabionu. Nie spostrzeżono żadnych ujemnych objawów po stosowaniu względnie dużych dawek.

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

CH. CHAMPY, HEITZ BOYER i R. COUYARD. *Mechanizm działania hormonów męskich na przerost gruczołu krokowego.* (Presse Méd. Nr. 56, 1938 r.).

Przerost gruczołu krokowego jest związany ze zmianami starczymi w gruczołach płciowych. Badania doświadczalne nad wpływem hormonów płciowych na stan gruczołu krokowego wykazały, że podaż follikuliny powoduje przerost gruczołu krokowego, działając poprzez gruczoły męskie. Badania kliniczne nad określeniem ilości hormonów płciowych wykazały zmniejszenie poziomu testosteronu w moczu u ludzi z przerostem gruczołu krokowego. Autorzy zastosowali w przypadkach przerostu prostaty wyciąg z gruczołów płciowych. Pod wpływem tej metody zaburzenia moczowe cofały się, a nieraz nawet całkowicie ustępowały. Ustępowanie zmian pęcherzowych, występujące w ciągu krótkiego czasu od chwili rozpoczęcia leczenia, nie dawało się wytłumaczyć cofaniem się przerostu gruczołu, które nie mogłoby się tak szybko dokonać. Autorzy wiążą poprawę z występowaniem obrzęku w okolicy szyjki pęcherza, co pociąga za sobą rozluźnienie włókien mięśniowych zwieracza szyjki pęcherza, doprowadzając do ustąpienia objawów dysurii. Doświadczenia nad wpływem podaży wyciągu z jąder na zachowanie się mięśni pęcherzowych potwierdziło przypuszczenie autorów. Autorzy radzą podawać preparaty jądrowe po resekcji zwieracza pęcherza, ażeby w ten sposób umocnić działanie zabiegu chirurgicznego.

Dr. Gelbard.

———:o:———

G. VALSECCHI. *O uśmierzającym działaniu Cibalginy w położnictwie i ginekologii.* (Rivista d'Ostetricia e ginecologia Pratica Nr. 6 1938 r.).

Autor wypróbował w położnictwie liczne środki uspokajające. Dotyczyły one przeważnie sztucznego rozszerzania ujścia macicznego w czasie porodu, częściowo natury spastycznej, częściowo w celu szybkiego zakończenia porodu ze względu na matkę. Najlepsze rezultaty dawała Cibalgina, którą autor stosował systematycznie przy każdym zabiegu położniczym i otrzymywał zawsze doskonałe rezultaty, a sam poród był znacznie lżejszy. Za pomocą wstrzykiwań Cibalginy przy rozszerzaniu ujścia macicy w 75% otrzymywał wynik zupełnie zadawalniający, w 25% wynik był wątpliwy lub niedostateczny. Ubocznych objawów nie obserwowano ani u matki ani u dziecka. W kilku przypadkach pacjentki zapadały w zwykły sen lub lekką narkozę, która jednak przy budzeniu się nie powodowała ani nudności ani wymiotów. Zamartwicy u dzieci, którą można byłoby przypisać Cibalginie, nie obserwowano, co jest zrozumiałe ze względu na małą toksyczność preparatu. Preparat ten był również stosowany u kobiet z zaburzeniami sercowymi, nerkowymi i nerwowymi, także przy zapaleniu nerek i rzucawce porodowej. Przy tych ostatnich zaburzeniach był korzystny wpływ na drgawki i wymioty. Środek był podawany przeważnie pozajelitowo. 23 krótkie historie choroby ilustrują dodatni wpływ Cibalginy.

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

Dr. H. SCHROEDER. (Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Monachium, kierownik: prof. dr. W. Stepp). *O kilku ważnych zagadnieniach przemiany witaminy C.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1938, Nr. 14, str. 469).

Autor wykonał kilkaset oznaczeń witaminy C we krwi metodą Wolffa, Emmeriego i van Eckelena, uzyskując wyniki zasługujące na uwagę. W warunkach normalnych, przy dobrym odżywianiu mieszanym, znaleziono przeciętnie 8 — 12 mg ‰ witaminy C we krwi. Mniejszą ilość witaminy C znajdywano przy diecie ubogiej w witaminę C oraz w większej ilości stanów chorobowych, zwłaszcza w zaburzeniach resorpcji i dłużej trwających chorobach zakaźnych. Przy badaniu wpływu podawania witaminy C na jej zawartość we krwi okazało się, że stosowanie doustne lub dożylne Cebionu zwiększa poziom witaminy C we krwi, a z drugiej strony dieta, uboga w witaminę C, obniża jej poziom we krwi. Okazało się poza tym, że w wielu przypadkach poziom witaminy C we krwi wzrastał do normalnego poziomu na kilka dni przed zwiększonym wydzielaniem jej z moczu. Wskutek pracy fizycznej zmniejsza się ilość witaminy C we krwi prawie do połowy wartości początkowej. Oznaczanie witaminy C we krwi przewyższa znacznie sposób oznaczania w moczu (próba obciążania).

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

R. ROHN, S. PLATT i S. SALTMAN. *Pikrotoksyna jako antagonista związków barbiturowych.* (The Jour. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 5, 1938 r.).

Pikrotoksyna była dotychczas środkiem o znaczeniu wyłącznie teoretycznym, ostatnio zwrócono na nią uwagę dzięki pracom całego szeregu autorów jak Tatum, Maloney, Koppanyi i in. Wypróbowano najpierw pikrotoksynę w doświadczeniach na zwierzętach, po czym zaczęto stosować ją klinicznie w zatruciach związkami barbiturowymi z dobrymi wynikami.

Autor przytacza w swej pracy 4 przyp. zatrucia związkami barbiturowymi, wśród których uzyskano 3 przyp. wyzdrowienia.

Wiadomo, że rokowanie przy zatruciu związkami barbiturowymi jest niepewne i posiadanie takiego środka ma duże znaczenie praktyczne. Stosowane w tych razach dawki pikrotoksyny są bardzo duże (w jednym przyp. autor podał 671 mgr.); w razie wystąpienia objawów zatrucia (drgawki) należy podać dożylnie odpowiedni związek barbiturowy, który zobojętnia natychmiast działanie pikrotoksyny.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

R. CUNEO i J. JOMAIN. *Leczenie przerostu gruczołu krokowego za pomocą całkowitego wyciągu z jądra.* (Presse Méd. Nr. 47, 1938 r.).

Autorzy stosowali wyciąg z jądra w postaci codziennych zastrzyków 2 ampułek w ciągu 10 — 20 dni codziennie. W miarę wystąpienia wyraźnej poprawy zmniejszali dawkę do 1 ampułki, a następnie stosowali zastrzyk 1 ampułki co dwa, względnie, co trzy dni. Czas podawania leku zależy od stanu pacjenta. W razie pogorszenia nieraz konieczne staje się powtórzenie zabiegów. Wyniki autorów były na ogół dobre. Przedewszystkim znikała pollakiuria, następnie ustępowało parcie na mocz i inne objawy. Autorzy sądzą, że ten sposób leczenia jest wskazany z chwilą wystąpienia pierwszych objawów przerostu. Nawet w przypadkach operowanych wskazane jest podawanie preparatów gruczołowych ażeby uniknąć nawrotów.

Dr. Gelbard.

———:o:———

Dr. F. S. von STOCKERT. *Przyczyny i leczenie moczenia mimowolnego u dzieci.* (Medizinische Klinik Nr. 35, 1938 r.).

Autor zajmuje się moczeniem mimowolnym u dzieci na podłożu nerwicowym. Moczenie mimowolne jest według autora nerwicą narządową, w powstaniu której główną rolę odgrywają prawa odruchów warunkowych. Zadaniem lekarza jest przez „nagłe wtargnięcie do systemu“, rozerwanie tego dotąd zawsze jednakowo przebiegającego odruchu warunkowego. W ten sposób udaje się nieraz środkami zupełnie obojętnymi.

popartymi sugestią słowną opanować dany objaw, zmiana środowiska stwarza specjalnie korzystne warunki dla takiego zabiegu. Ważne jest podkreślenie wobec dziecka, że jest to tylko coś w rodzaju złego przyzwyczajenia, które da się zmienić, gdyż moczenie mimowolne, trwające czas dłuższy, odbija się bardzo silnie na charakterze dziecka; dziecko staje się niepewne i bojaźliwe, rozwija się prawdziwa nerwica oczekiwania, co znów pogarsza objaw chorobowy, wywołuje nowe objawy np. erytrophobię i prowadzi ostatecznie do wytworzenia się t. zw. charakteru neurotycznego.

Przystępując do leczenia mimowolnego moczenia należy przede wszystkim wykluczyć ew. usunąć przyczyny organiczne (epilepsia, spina bifida, zapalenie pęcherza i t. d.), następnie wykluczyć bodżce fizjologiczne, zwiększające parcie na mocz, a więc dbać o równomierne ciepło łóżka, ograniczyć ilość płynu i soli wieczorem. Jeśli to nie wystarczy, konieczne jest systematyczne budzenie i wysadzanie w nocy, poparte perswazją i sugestią. Ciężkie przypadki wymagają psychoterapeutycznego leczenia w ścisłym znaczeniu.

Autor jest przeciwny podawaniu dzieciom preparatów hormonowych, mających jakoby obniżać głębokość snu, od której niektórzy uzależniają mimowolne moczenie nocne. Zwraca on uwagę na to, że hormony mogą pobudzać dzieci seksualnie i skłonić je do samogwałtu. Autor uważa, że moczenie mimowolne dzieci samo przez się jest nieraz ukrytą formą samogwałtu i wobec tego niebezpiecznym jest zwiększanie pobudliwości seksualnej. Autor zwraca uwagę na częste występowanie jednoczesne moczenia mimowolnego i jąkania.

Leczenie musi być rozpoczęte jak najwcześniej, zanim dziecko przystosowało się, a może i pogodziło ze swym cierpieniem, gdyż wtedy mamy już do czynienia ze zmianą struktury charakteru, co wybitnie pogarsza prognozę.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

J. VARANGOT. *Zespół hyperfollikulinizmu, jego granice i podstawy anatomokliniczne.* (Presse Méd .Nr. 61, 1938 r.).

Obok zespołów niedoczynności jajników istnieje zespół nadczynności, przejawiający się różnym zespołem klinicznym w zależności od wieku pacjentek. U dziewczynek przed okresem pokwitania rozwija się obraz pubertas precox. U kobiet dojrzałych wyrazem hyperfollikulinizmu jest metropathia haemorrhagica. Pierwszym objawem hyperfollikulinizmu bywa najczęściej przedłużanie się periodu, następnie zwykły cykl miesiączkowy zostaje zmieniony i fazy amenorhei zaczynają się przeplatać z metrorhagią. W najbardziej klasycznej postaci zespoły te występują przed 45 rokiem życia. W późniejszym okresie obraz hyperfollikulinizmu może pozorować okres przedklimakteryczny. U kobiet w okre-

sie menopauzy wystąpienie zespołu hyperfollikulinizmu przejawia się przede wszystkim wystąpieniem krwawienia macicznego, nierzadko bardzo obfitego. W niektórych przypadkach krwawienie przyjmuje charakter cykliczny. Badania nad zawartością folllikuliny we krwi i w moczu dały wyniki zmienne. Dlatego też dla ustalenia istnienia hyperfollikulinizmu uciekamy się do badania histologicznego. Jest to obecnie jedyny pewny środek diagnostyczny, pozwalający na rozpoznanie nadmiernego wydzielania follikuliny. Przyczyny hyperfollikulinizmu mogą leżeć w jajnikach, bądź w przysadce. Najczęściej są to torbiele jajnikowe, bądź guzy warstwy ziarnistej lub guzy wychodzące z theca interna. Czasami chodzi jedynie o zaburzenia czynnościowe jajnika. Trudniejsze do wytłumaczenia są zespoły hyperfollikulinizmu, występujące w okresie menopauzy. W tych przypadkach należałoby myśleć o pozapęcherzykowym pochodzeniu follikuliny, czy to przysadkowym, czy też pokarmowym. Być może, że chodzi tu o specjalne uczulenie receptorów macicznych na te hormony. Hyperfollikulinizm więc cechuje się zasadniczo przerostem śluzówki macicznej, co stanowi obecnie najpewniejszy test nadprodukcji tego hormonu.

Dr. Gelbard.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

Prof. ARIEW. *Serce a infekcja.* (Kliniczeskaja Medicyna, Nr. 6. 1938 r.).

Współczesna klinika ma możliwości rejestrowania zmian ze strony mięśnia sercowego, które do ostatnich lat były niedostrzegalne. Współczesne dane, dotyczące odczynu mięśnia sercowego na choroby zakaźne opierają się na danych klinicznych, elektrokardiograficznych i doświadczalnych. Ekg wykazuje, że mięsień sercowy bywa porażony procesem infekcyjnym już bardzo wcześnie, kiedy nie ma żadnych objawów klinicznych, które wskazywałyby na uszkodzenie mięśnia sercowego.

Analiza kliniczna i doświadczenie pozwalają określić genezę procesu patologicznego, rozgrywającego się w mięśniu sercowym po chorobach infekcyjnych; jest to z jednej strony odczyn mięśnia sercowego, ogniskowy lub rozlany, na proces toksyczno-infekcyjny, zaś z drugiej strony skutek zaburzeń w krążeniu miejscowym. Należy też zwrócić uwagę na to, że zaburzenia w krążeniu miejscowym są zależne zarówno od ograniczonego uszkodzenia naczyń serca i od niewydolności naczyniowej tak często spotykanej w ostrych infekcjach.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

KLOTZ RUDOLF. *Leczenie zaburzeń w krążeniu obwodowym.* (Zeitschrift für Kreislauf. 30.89.1938 Nr. 3).

W krążeniu obwodowym, sposób i stopień reakcji naczyniowej są uwarunkowane stanem napięcia ściany naczynia, zależnym od komórek o kurczliwych własnościach. Komórki te zarówno mięśniówki jak i Rouget'a działają pod wpływem regulacji ośrodkowo-mózgowo-obwodowej oraz hormonów.

Regulacja hormonalna odbywa się za pośrednictwem adrenaliny i hormonu naczynioruchowego tylnego płata przysadki, które mają własności podwyższające ciśnienie.

Adrenalina pobudza napięcie mięśniówki naczyniowej (duże naczynia, arteriole, kapilary), przy pomocy układu współczulnego. Hormon zaś tylnego płata przysadki wzmaga napięcie mięśni gładkich a szczególnie zwęża naczynia najmniejszego kalibru. Kiedy ten ostatni hormon znajduje się w ilości wystarczającej, komórka mięśniowa naczyń nie skraca się pod wpływem wzmożonego działania nerwu współczulnego (skurcz hypertoniczny) i nie wydłuża się zbytnio pod wpływem nerwu błędnego (rozluźnienie atoniczne) — tak, że zostaje ona na normalnym poziomie napięcia.

Brak hormonu rdzenia nadnerczy i tylnego płata przysadki wywołuje zmniejszenie napięcia komórek kurczliwych naczyń, do tego stopnia, że Kylin mógł odróżnić hypotonię pochodzenia adrenalinowego i hypotonię pochodzenia przysadkowego (ciąża). Obok niewystarczalności adrenaliny i zmniejszenia napięcia współczulnego mięśniówki naczynia, wynikającego z niedoboru adrenaliny, istnieje jeszcze inna przyczyna hypotonii. Jest to zwiększenie działania rozszerzającego naczyń nerwu błędnego. Nerw błędny może zadziałać na włośniczki i na najmniejsze żyły, rozszerzając żylne drogi obwodowe, szczególnie w obwodzie trzewnym — wraz z wątrobą i śledzioną. Obwód ten jest bardzo ważny dla regulacji ciśnienia, zmniejsza bowiem przypływ wody z krwi, powodując spadek ciśnienia skurczowego.

Ta postać hypotonii jest często spotykana w klinice. Wynika ona też z zaburzeń w gospodarce jonów Ca i K — występuje wtedy zwiększenie się jonów K i pobudzenie nerwu błędnego — jednocześnie ilość jonów Ca zmniejsza się. Wegetatywna dystonia jest leczona Bellafoliną, podczas gdy Bellergal (Bellafolina, ergotamina,luminal) jest wskazany w przypadkach dystonii wegetatywnej z przewagą pobudzenia nerwu współczulnego, np. w migrenie.

Dr. A. Boczko.

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Polska na Międzynarodowym Kongresie Uzdrowisk w Berlinie.

Drugi z rzędu Międzynarodowy Kongres Balneologiczny odbył się w Berlinie i zdrojowisku Nauheim od 22 do 28 września 1938 r.

Wobec dramatycznej sytuacji Europy w tych dniach frekwencja na zjeździe była stosunkowo niewielka. Spośród 145 zgłoszonych uczestników przybyła zaledwie połowa, z tych zaś znaczna część odjechała zaraz po obradach berlińskich.

Pierwsze dwa dni obrad odbyły się w Berlinie. 22.IX. było posiedzenie Dyrekcji i Rady Głównej Federacji Uzdrowisk, na którym dokonano wyboru 8-iu wiceprezesów Federacji Uzdrowisk. Zgodnie ze statutem na czterech wiceprezesów wybrano reprezentantów francuskiego, niemieckiego, angielskiego i włoskiego, zpozostałych zaś czterech stanowisk pierwsze objął delegat polski w osobie Prezesa Związku Uzdrowisk Polskich, Stanisława Karłowskiego, resztę zaś przedstawiciele Belgii, Jugosławii i Szwajcarii. Wybór polskiego delegata na jednego z wiceprezesów Federacji świadczy tak o prestiżu naszego Państwa na terenie międzynarodowym, jak i o poważnej opinii jaką cieszy się nasz przemysł uzdrowiskowy zagranicą.

Do Rady Głównej oprócz członków z Francji, Anglii, Niemiec i Włoch (po 3-ch z każdego kraju) weszło również dwóch obecnych na Zjeździe specjalnych delegatów Polski w osobach członków Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich, prof. dr. Antoniego Sabatowskiego ze Lwowa i dr. Romana Jarosza z Truskawca. Jak widać i tu Polska zdobyła sobie poczesne miejsce. Z drugiej zaś strony wejście Polaków w skład Prezydium i Rady Głównej Międzynarodowej Federacji może mieć bardzo doniosłe znaczenie dla naszego gospodarstwa uzdrowiskowego. Także dokonano wyboru po 2-ch delegatów do Rady Głównej z Jugosławii i Węgier, a po 1 z innych krajów europejskich.

Następnie mianowano pierwszych członków honorowych Federacji w osobach p. Monoorge, prezesa Francuskiej Federacji Uzdrowisk i p. Essera, wodza Reichsfremdenverkehrsverband.

Następne posiedzenie Rady Głównej i Dyrekcji ma się odbyć w r. 1939 w Belgii w Liege z racji organizowanej tam Międzynarodowej Wystawy Uzdrowisk. Walne Zebranie Federacji w r. 1940 będzie we Francji, w r. 1942 zaś we Włoszech. Siedzibą Federacji jest nadal Budapeszt.

Drugiego dnia obrad odbyło się Walne Zgromadzenie Federacji, które zatwierdziło wszystkie wnioski Rady i wysłuchało obszernego referatu p. Essena o organizacji uzdrowisk III Rzeszy.

Nazajutrz uczestnicy Kongresu udali się specjalnym pociągiem do Nauheim, gdzie obrady toczyły się w kilku Sekcjach i dotyczyły zagadnień gospodarczych, związanych z gospodarką uzdrowiskową. M. in. w Nauheim urządzono dwie wystawy, a mianowicie materiału propagandowego i urządzeń technicznych, służących zdrojownictwu, ponadto zaś niektóre obrady połączone były z pokazami urządzeń i administracji zdrojowiska Nauheim.

Sekcja techniczna zajmowała się zagadnieniem obróbki borowiny oraz kwestią urządzeń technicznych w uzdrowiskach.

Głównym przedmiotem obrad Sekcji Lekarskiej była sprawa odżywiania i dietetyki w uzdrowiskach. Główny referat wygłosił dr. Hermann Weskott z Bad Homburg, omawiając wprowadzone ustawowo od r. 1937 uregulowanie tej sprawy w Niemczech. Wszystkie Zakłady lecznicze i gastronomiczne reklamujące się dietetyczną kuchnią muszą stać pod opieką dyplomowanej dietetyczki. Małe zakłady korzystają z dochodzącej dietetyczki, wielkie zatrudniają stale własną. Słynny ze swej organizacji dietetyki Prof. Soos z Budapesztu omawiał swój ulubiony temat w odniesieniu do uzdrowisk, ze stanowiska ściśle gospodarczego. Wyraził on postulat wprowadzenia t. zw. „techników odżywiania“ w pesjonatach i hotelach, którzy mieli by ogólny nadzór nad tymi sprawami począwszy od zakupu aż po stół obiadowy.

Innym tematem obrad tejże Sekcji lekarskiej była organizacja leczenia klimatycznego i związana z tym sprawa klasyfikacji uzdrowisk. W Niemczech kwestia ta została ciekawie rozwiązana w odniesieniu do stacyj klimatycznych. Klimaty korzystne podzielono na pobudzające, ochraniające i obojętne i wedle tego zaklasyfikowano wszystkie miejscowości na ściśle lecznicze i wypoczynkowe. Delegat Szwajcarii proponował stworzenie w Europie sieci stacyj badawczych klimatologicznych, celem zbadania wpływów klimatycznych na leczenie różnych chorób.

Sekcja propagandy wyraziła zgodną opinię co do powszechnego niedołęstwa dotychczas prowadzonej propagandy uzdrowisk. Prof. Vogt, dyrektor Państw. Instytutu Balenologicznego we Wrocławiu, w wygłoszonym na ten temat referacie dał wyraz poglądowi, że należało by dążyć do ścieśniania specjalizacji uzdrowisk także ze względów propagandowych.

W czasie Zjazdu uczestnicy dokonali wycieczki autobusami do Homburg i do Wiesbaden, inne projektowane wyjazdy do Bad-Ems, Baden-Baden i Kissingen niestety nie doszły do skutku z powodu naprężonej sytuacji politycznej.

Organizacja Zjazdu leżała w rękach Reichsfremdenverkehrsverbandu, który obejmuje całokształt ruchu turystycznego, uzdrowiskowego i letniskowego w Niemczech i posiada szereg wydziałów, jak organizacyjny, propagandowy, gospodarczy i naukowy. Ten ostatni stanowi ciało zbio-

rowe, złożone z lekarzy, chemików, higienistów, fizyków i znawców administracji i stoi w ścisłym kontakcie z Państwowym Instytutem Balneologicznym w Wrocławiu i placówkami naukowymi w uzdrowiskach.

Nowe uzdrowisko polskie na Śląsku zaolziańskim.

Wskutek przyłączenia Śląska Zaolziańskiego do Polski nasz przemysł uzdrowiskowy zyskał również nową cenną placówkę, jaką jest zdrojowisko Darków w powiecie frysztadzkim. Darków, podobnie do innych zdrojowisk śląskich jak np. Jastrzębie-Zdrój i Goczałkowice posiada silną solankę jodo-bromową. Do wskazań leczniczych jego należy gruźlica chirurgiczna, cierpienia reumatyczne i artretyczne, blednica, rachityzm, skrofuloza, choroby kobiece, skórne i weneryczne, a także choroby nerwowe.

Zakład Leczniczy w Darkowie położony w pięknym parku, wyposażony jest w pierwszorzędne urządzenia do kąpieli mineralnych i borowinowych, hydro- i elektroterapeutyczne, inhalatorium oraz posiada kilkadziesiąt komfortowych pokoi mieszkalnych dla kuracjuszy. Oprócz Zakładu na terenie zdrojowiska znajdują się liczne pensjonaty.

Związek Uzdrowisk Polskich poczynił już starania o pozyskanie zdrojowiska Darków na członka. Akcją tą zostaną również objęte gminy letniskowe w Beskidach Śląskich oraz stacja klimatyczna Jabłonków, posiadająca duże sanatorium dla płucno-chorych.

O rzeczowy stosunek prasy do zagadnień uzdrowiskowych.

Związek Uzdrowisk Polskich zwrócił się ostatnio do Związku Dziennikarzy Rz. P., Polskiego Zw. Wydawców Dzienników i Czasopism oraz do Syndykatu Dziennikarzy Warszawskich z apelem o wydanie zalecenia członkom tych organizacyj, aby krytycznie ustosunkowywali się do napływających materiałów o uzdrowiskach i ich zrzeszeniu i nie podawali wiadomości niesprawdzonych, a częstokroć szkodzących uzdrowiskom.

Jakkolwiek bowiem naogół prasa bardzo życzliwie odnosi się do naszego przemysłu uzdrowiskowego, wiele poświęcając uwagi i zainteresowania jego sprawom, od czasu do czasu pojawiają się w pismach artykuły i korespondencje, nacechowane wrogim nastawieniem i tendencyjnie psujące opinię polskim miejscowościom kuracyjnym. Wystąpienia te dalekie są od rzeczowej i pożytecznej krytyki, którą Związek w imieniu uzdrowisk zawsze przyjmował i przyjmuje z wdzięcznością, rozumiejąc, że prasa powołana jest do wskazywania na braki istniejące w różnych dziedzinach życia publicznego i do wprowadzenia tym sposobem czynnika ewolucji.

Związek Uzdrowisk Polskich, wchodzący stopniowo w coraz ściślejszy kontakt z prasą, gotów jest zawsze chętnie służyć wyjaśnieniami i wszelkie wątpliwości pp. Dziennikarzy i Redakcyj bezzwłocznie wyświe-

tlać celem umożliwienia następnego wykorzystania sprawdzonego już materiału na łamach pisma.

KOMUNIKAT PRASOWY INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH.

Pylica krzemowa tematem konferencji ekspertów lekarzy Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie.

W dniach od 29 sierpnia do 9 września r.b. obradowała, zwołana przez Radę Administracyjną M.B.P. konferencja ekspertów lekarzy w sprawie pylicy krzemowej. Wzięli w niej udział przedstawiciele dziesięciu państw.

Pylica krzemowa jest chorobą płuc, spowodowaną wdychaniem pyłu, lub innych materiałów, zawierających związki krzemowe. Na tę groźną chorobę zawodową narażone są liczne kategorie robotników, a przede wszystkim: górnicy, robotnicy zatrudnieni w kamieniołomach, przy budowie tuneli, schronów podziemnych, w przemyśle ceramicznym, szklanym, metalurgicznym i t. d.

Międzynarodowe Biuro Pracy, od początku niemal swego istnienia, zajęło się badaniem, szukaniem środków zapobiegawczych i ustaleniem należytych odszkodowań dla robotników, dotkniętych tą chorobą. Świadectwem tej aktywności jest cała seria ankiet i studiów i Międzynarodowa Konferencja w r. 1930 w Johannesburgu. W r. 1934 Międzynarodowa Konferencja Pracy wpisała pylicę krzemową na listę chorób zawodowych, które, na mocy konwencji z r. 1925, powinny dawać robotnikowi prawo do odszkodowania. Następnie w 1936 r. Międzynarodowa Konferencja Pracy przyjęła uchwałę, nawołującą do poddania zagadnienia pylicy krzemowej nowym badaniom lekarskim i technicznym w świetle danych i wiadomości, zdobytych w tej dziedzinie w ciągu ostatnich lat.

Obecna konferencja ekspertów uczyniła zadość powyższemu żądaniu, uchwaliwszy szereg wniosków, które zostaną przedłożone Radzie Administracyjnej M.B.P.

Wnioski te dotyczą przede wszystkim zagadnień czysto lekarskich, związanych z definicją pylicy, diagnozą tej choroby i t. d.

Poza tym eskperci sformułowali różne projekty metod charakteryzowania pyłów w lokalach pracy i badań mocy chorobotwórczej tych pyłów.

Wielką wagę przywiązano do środków usuwania pyłów. Podkreślono szczególnie, że zasadą ich i celem powinno być osiągnięcie oczyszczenia powietrza, otaczającego pracujących robotników ze szkodliwych nagromadzeń pyłów, zawierających związki krzemowe. Przestudiowano także problem masek do oddychania, zastrzegając jednak, że ten system ochrony powinien być dopiero wtedy używany, kiedy usuwanie przy-

czyn powstawania pyłów jest już zupełnie niemożliwe. Albowiem radykalne usunięcie pyłu powinno być głównym celem akcji zapobiegawczej.

Eksperci zwracają się z prośbą do wszystkich osób zainteresowanych, aby zechciały komunikować M.B.P. wyniki badań, które przeprowadzają, lub o których są poinformowane. Stwierdzają jednocześnie, że konferencje w sprawie pylicy powinny zbierać się w regularnych odstępach czasu (np. co trzy lata), ażeby możliwą była konfrontacja badań i doświadczeń poszczególnych krajów.

TREŚĆ

□ □

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.